中医药导报

Guiding Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy

1995年创刊 半月刊
第25卷第24期(总第346期)
2019年12月30日出版

主　　管　湖南省卫生健康委员会
主　　办　湖南省中医药学会
湖南省中医药管理局
中华中医药学会
湖南中医药大学第一附属医院
协　　办　湖南中医药高等专科学校
岳阳市中医医院
湖南安邦制药有限公司
湖南汉森制药股份有限公司
颈复康药业集团有限公司
湖南正清制药集团股份有限公司

顾　　问　陈可冀　石学敏　唐由之
路志正　刘祖贻　谭新华
孙达武
编委会主任　邵湘宁
名誉主编　袁长津
主　　编　詹　鸣
社　　长　朱　民
副 主 编　陈　燕　陈新宇　向明波
陈飞豹　刘令安　李沈明
吴飞驰　朱镇华

编辑出版　《中医药导报》编辑部
地　　址　中国·长沙·芙蓉区·新军路43号
邮　　编　410000
电　　话　编辑部 073182234727
综合服务部 073184828502
策划与新媒体部 073185415606
邮　　箱　zyydb@vip.126.com
网　　址　http://www.zyydb.com
微信公众号　zyydb-84828502
中国标准连续出版物号　ISSN 1672-951X / CN 43-1446/R
国外发行　中国国际图书贸易集团有限公司
北京399信箱　邮编:100044
国外代号　M6653
国内发行　湖南省邮政报刊发行局
国内代号　42-144
印　　刷　长沙昌龙印务有限公司
定　　价　每册16.00元,全年384.00元
广告经营许可证　4300004000006

目　次

理　论

《删繁方》对五脏咳的发挥 …… 冯惠童,包伯航,刘小虹,刘建博(1)
肺、脾胃与皮肤屏障功能的关系探讨 …… 麦舒敏,丁　慧(4)
论"络病在表"与"久病入络" …… 马玉杰,李语婕,黄　泳(7)
中医心身相关理论在小儿情志病诊治中的应用 …… 贾　慧,钞建峰(11)

肿　瘤

从"阳化气,阴成形"理论探讨"炎-癌转化"学说 …… 沈曼娜,李永浩(13)
梁冰固本澄源法辨治微量残留白血病 …… 林　波,代喜平,梁　冰,李　达(15)
原发性支气管肺癌中医证型与病理类型的相关性研究 …… 杜秀婷,刘　鹏,刘　柏,林海雄,李柳宁(18)
自拟清肺疏肝汤治疗乳腺癌术后放射性肺炎的临床研究 …… 王　皓,韩　冬(22)

针　推

溃结宁膏穴位敷贴治疗功能性腹泻的临床观察 …… 李擎虎,朱　莹,王燚霈(26)
针灸经络证治与病案首页中中医诊断的思考 …… 高　锋,周仲瑜,孙晶晶(28)
原络配穴法结合四磨汤治疗功能性消化不良的临床研究 …… 梁　菲,邓　斌,陈雅文(31)
头针结合高压氧治疗脑卒中后认知障碍的临床观察 …… 杨　琳,谭　洁,陈立早(36)
针刺配合七珠展筋散穴位揉药治疗轻中度腕管综合征30例疗效观察 …… 李　利,刘　杰(39)

临　床

不同持续时间中药蜡疗缓解膝骨关节炎症状的效果比较 …… 李苏茜,刘　宇,焦蕴岚,王华新,胡海荣,李苏娜,李平宣,赵丽雪(42)
糖痹外洗方足浴治疗I期糖尿病性下肢动脉粥样硬化性病变30例 …… 林玉平,范冠杰(45)
消痹方穴位敷贴治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效和对神经电生理的影响 …… 齐慧娟,汪玖瑛,冯继明,杨丽鸣,赵蓓俊,徐美华(48)
加味小青龙汤治疗儿童喘息性肺炎的临床观察 …… 邓玲华,舒　兰,曾才秀,易锡良(51)

调　查

突发性耳聋发病与季节及气象因素的相关性 …… 叶毅良,卢标清(54)
儿童肺炎支原体感染后咳嗽发作时辰、病程分布特征及其与中医证型的相关性 …… 李雪冰,荀春铮(57)

规　律

岭南地区慢性萎缩性胃炎用药规律分析 …… 黄远程,潘静琳,朱朝阳,林煜翔,梁怀枫,李培武,刘凤斌(59)
《临证指南医案》血证的用药规律分析 …… 尹　嘉,洪曹栋,牛天福(64)

期刊基本参数:CN43-1446/R*1995*s*A4*142*zh*P*¥16.00*3000*41*2019-24

精索静脉曲张中医治法规律分析 …… 张露微,邓志远,李信平(69)

文　化

“5W模式”下中医文化在“今日头条”上的传播现状研究
…… 赵　力,罗文轩,赵玉洋,樊懿萱,谭　巍(74)

中医药文化动漫传播研究概况 …… 王铁剑(77)

综　述

民间医药治疗糖尿病的文献研究
…… 王诗恒,郭海燕,董　臻,党迎迎,刘剑锋,秦培洁(82)

基于快速康复外科理念的中医适宜技术在骨科围手术期中的应用进展
…… 谈晓红,唐晓雯,梅　花,孟晓耘,崔　屹(87)

鹿角在急性乳腺炎中的应用总结 …… 宋波洋,王　聪,姚　昶(91)

小檗碱对胶质瘤影响的研究进展 …… 边　艺,姚丽芬(94)

尖叶假龙胆的化学成分和药理作用研究进展
…… 李　冀,张文钊,田洪昭,左　军,胡晓阳(98)

分　析

骨科中医护理研究文献的可视化分析 …… 程杏云(102)

中医药治疗老年性痴呆的知识图谱分析
…… 厉倬学,赵智丽,梁　洁(108)

基于CONSORT声明和STRICTA评价针灸治疗腰椎间盘突出症随机对照试验报告质量
…… 史俊杰,张巧梅,吴也兰,赵　琦,赵乃明,马宏文(113)

医　案

俞云运用切脉针刺治疗颈椎病经验 …… 黄俊宇,王羽丰,俞　云(116)

阎莉运用对耳轮下脚割治法治疗亚急性湿疹验案
…… 高霄英,丁少杰,鲁　海,张春红,阎　莉(119)

名老中医徐宜厚治疗皮肤病的辨证思维和用药心得
…… 徐爱琴,王首帆(122)

梁冰运用中医分期辨治AA-PNH综合征经验
…… 黄秀萍,代喜平,梁　冰(125)

江林辨治结核病经验
…… 江　涛,江　林,史俊德,江永革,刘度量(128)

叶进从脏腑辨治儿童性早熟经验
…… 刘　栋,叶　进(131)

教　育

基于中医传统文化推导式讲解风池穴主治功效
…… 管　浩,郭太品(133)

中医药院校医学生临床实践技能及岗位胜任力培养探索
…… 赵　楠,贾洪涛,朱　峰,翟春梅,张婷婷,杨　悦,冯月男(135)

中医问诊方法和技巧
…… 李媛媛,胡亮亮,赵倩倩,王忆勤,郭　睿,燕海霞(139)

Volume25　Number 24
December　2019

Administered by:Hunan Provincial Health Commission
Sponsored by: Hunan Provincial Association of TCM
Hunan Provincial Administration Bureau of TCM
China Association of Chinese Medicine
The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine
Co-Sponsored by:Hunan College of TCM
Yueyang Hospital of TCM
Hunan Anbang Pharmaceutical Co., Ltd.
Hunan Hansen Pharmaceutical Co., Ltd.
Jingfukang Pharmaceutical Group Co., Ltd.
Hunan Zhengqing Pharmaceutical Group Co., Ltd.
Consultant:CHEN Ke-ji　SHI Xue-min
TANG You-zhi　LU Zhi-zheng
LIU Zu-yi　TAN Xin-hua
SUN Da-wu
Director of Editorial Staff: SHAO Xiang-ning
Honorary Editor-in-Chief: YUAN Chang-jin
Editor-in-Chief: ZHAN Ming
Office Leader: ZHU Min
Deputy Editors-in-Chief: CHEN Yan　CHEN Xin-yu
XIANG Ming-bo　CHEN Fei-bao
LIU Ling-an　LI Shen-ming
WU Fei-chi　ZHU Zhen-hua
Edited and Published by: Journal Office of Guiding Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy
Address: The 5th Floor of Office Building, No.43, Xinjun Road, Furong District, Changsha, China
Post code: 410001
Tel:0731-82234727
0731-84828502
0731-85415606
E-mail: zyydb@vip.126.com
http://www.zyydb.com
Wechat Public Number:zyydb-84828502
CSSN: ISSN 1672-951X / CN 43-1446/R
Overseas Distributor: China International Book Trading Corporation(P.O.Box 399 Beijing,China 100044)
External Code No.: M6653
Domestic Distributor: Hunan Postal Press-issuing Bureau
Domestic Code No.: 42-144
Printed by: Changsha Changlong Printed Co., Ltd.
Advertisement Licence No.: 4300004000006

引用:冯惠童,包伯航,刘小红,刘建博.《删繁方》对五脏咳的发挥[J].中医药导报,2019,25(24):1-3,10.

理　论

《删繁方》对五脏咳的发挥

冯惠童[1],包伯航[1],刘小虹[2],刘建博[2]
(1.广州中医药大学第一临床医学院,广东　广州　510405;
2.广州中医药大学第一附属医院,广东　广州　510405)

[摘要]　为溯洄五脏咳理论的发展源流,探寻五脏咳的治法和选方用药,对比了《素问》五脏咳与《删繁方》六极病相关条文,发现二者在病因病机、证候表现的描述上高度相似,《删繁方》可能是现存典籍中最早对五脏咳理论进行发挥并制定相关治法、处方的文献。《删繁方》结合五脏寒热虚实细化了五脏咳的发病机制,并根据六极病的辨证内容提出治法方药,对探究《素问》五脏咳理论的临床应用方法具有一定的学术价值与指导意义。

[关键词]　五脏咳;咳嗽;删繁方;黄帝内经;素问;六极病
[中图分类号]　R228　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0001-03

咳嗽是最常见的临床症状之一。咳嗽病因复杂且涉及广,现代医学认为,咳嗽主要与呼吸系统有关,但也有心源性咳嗽、胃食管返流性咳嗽等由其他系统疾病引起的咳嗽,慢性咳嗽亦可引起心血管、消化、神经、泌尿、肌肉骨骼等多个系统的并发症,如尿失禁、晕厥、失眠、焦虑等[1]。同样,中医认为,咳嗽虽以肺为主,但亦与五脏息息相关。《素问·咳论篇》云:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,更记载了五脏咳不已,移于六腑,引起呕吐、大小便失禁等症状的详细描述,奠定了中医以五脏辨证体系论治咳嗽的理论基础。

后世医家对五脏辨证论治咳嗽也有不同程度的发挥,然而截至目前来看,各家对《素问》以后五脏咳相关理论的发掘多止于宋元明清时期,鲜有上溯唐代以前者,如此经典的治咳理论难道在汉宋之间一千多年无传承发展吗?带着这个疑问,笔者对载有大量唐以前医籍文献的《外台秘要方》进行了研究与发掘,发现其实早在南北朝时期,北齐医家谢士泰在其所著的《删繁方》中就已对五脏咳论进行了发挥,可能是目前为止所发现的最早对《素问》五脏咳理论进行论述并制定相关治法、处方的医家。谢士泰将五脏咳的症状描述相对应地归结于“六极病”的某个发病过程,故发掘五脏咳与删繁方的相关论述也是“六极”理论的补充与发展。

1　五脏咳的发病机制

对于咳嗽的发生,《素问·咳论篇》曰:“皮毛者,肺之合也。皮毛先受邪气,邪气以从其合也。其寒饮食入胃,从肺脉上至于肺,则肺寒,肺寒则外内合邪因而客之,则为肺咳。五脏各以其时受病,非其时各传以与之……感于寒则受病,微则为咳……乘秋则肺先受邪,乘春则肝先受之,乘夏则心先受之,乘至阴则脾先受之,乘冬则肾先受之”[2]。咳嗽的发生一是由于内伤、外感之邪相合客于肺,二是五脏邪气互传于肺。在《删繁方》中,谢士泰将五脏咳相对应的症状分别归属到“六极病”之下,认为其病因病机主要是由复感于邪而发病,邪气的类型主要为风邪,并由于虚实寒热变化引起不同的咳嗽症状。具体到某一个脏腑咳的发病机制,详述如下。

2　肺　咳

2.1　肺咳的理论特点　《素问》对肺咳的描述如下:“肺咳之状,咳而喘息有音,甚则唾血。”可见肺咳是以咳嗽、喘息、甚则唾血为特征的一类咳嗽。

《删繁方·气极论》曰:“凡气极者,主肺也。肺应气,气与肺合。又曰:以秋遇病为皮痹。皮痹不已,复感于邪内舍于肺,则寒湿之气客于六腑也。凡肺有病先发气,气上冲胸。常欲自恚。以秋庚辛日伤风邪之气为肺风,肺风之状多汗。若阴伤则寒寒则虚,虚则气逆咳,咳则短气,暮则甚。阴气至,湿气生,故甚。阴畏阳气,昼日则瘥者。阳伤则热,热则实,实则气喘,息上胸臆,甚则唾血也。”[3]《删繁方》对肺咳的发病机制进行了更详细的解释,其生理基础同《黄帝内经》所论述的一样,为“肺与气合”“肺与皮毛相合”。其发病机制为:秋日遇病,邪客皮毛,外邪不已又复感于邪,则内传于肺,发为肺风。邪气伤于阴则虚,表现为气逆咳,邪气伤于阳则实,阳实的表现为气喘,甚则唾血。在发病机制上,与《黄帝内经》相比,二者皆体现了中医理论中病邪由浅入深传变的认识,体现了病由五体传入五脏的理论体系。不同的是,《黄帝内经》论述肺咳的发生是由于皮毛所受外邪及饮食入胃所受之寒邪合而发病;而《删繁方》认为,肺咳的发生由于秋日遇病为皮痹,又复伤于风,由寒虚则咳而短气,热实而发为上气唾血。《删繁方》中增添了五脏寒热虚实的辨证内容,为用药提供了一定的理论依据,结合当时的中医理论特点更加细化了五脏咳的病因病机。

通讯作者:刘建博,E-mail:13538759071@163.com

2.2 《删繁方》肺咳的处方制定 《删繁方》中分别为寒虚、实热肺咳补充方药。

“疗气极寒伤风肺虚咳,气短不得息,胸中迫急,五味子汤方。五味子、甘草炙、紫菀、桂心、附子炮、麻黄去节、干姜、芎藭各二两,细辛一两,干枣二十枚擘。”

现代中药言及五味子,多作敛阴生津之用,而唐前经方多用以补虚、止咳,肺寒多用。《神农本草经》曰:“五味子,味酸,温,无毒。主益气,咳逆上气。”[4]《证类本草》曰:“五味子……肺虚寒人可化作汤,时时服。今即用之治肺虚寒,则更不取除烦热之说。补下药亦用之。”[5]方中干姜、细辛与五味子相配伍,亦作散寒止咳下气之用。《证类本草》曰:“干姜,味辛,温、大热,无毒。主胸满,咳逆上气,温中”,“干者治嗽,主温中,用秦艽为使”。对于细辛,则曰:“细辛,味辛,温,无毒。主咳逆温中下气。”更兼有祛风之效。麻黄、桂心则有下气平喘、散寒发表之功。《神农本草经》曰:“麻黄,味苦,温、微温,无毒。主中风伤寒头痛,温疟,发表出汗,去邪热气,止咳逆上气……”,“桂,味辛温,主上气咳逆,结气喉痹……”。至于附子,古今皆以其为大温大热之药,更有祛风之效。而《神农本草经》曰:“附子,味辛、甘,温、大热,有大毒。主风寒咳逆,邪气,温中。”提示附子在古代,可能也用于治疗或缓解咳嗽、气喘等症状。更有芎藭(川芎)以增祛风散寒之力,而枣温补和中。此方与小青龙类似,为小青龙汤去芍药、半夏,增紫菀、附子、川芎、干枣,与小青龙相比,更偏向于止咳、散寒。方论中“寒伤风肺虚咳”,点出此方以祛风、散寒、补虚为法,与前文气极伤风虚寒的病因病机是相符合的。

“疗气极伤热,气喘甚则唾血,气短乏不欲食,口燥咽干,竹叶汤方。竹叶切一升,麦门冬去心、小麦、生地黄切各一升,生姜六两,干枣十枚擘去核,麻黄三两去节,甘草一两炙,石膏六两碎绵裹。”

“疗气极伤热,肺虚多汗,咳唾上气,喘急,麻黄汤方。麻黄四两去节,甘草二两炙,杏仁四十枚去皮尖两仁,桂心二两,生姜二两,半夏五十枚洗四破,石膏六两碎,紫菀一两。”

此二方皆疗气极伤热所致咳嗽上气,不同的是前方以唾血、口燥咽干等阴虚症状为主,故在以麻黄、石膏平喘的同时,加用竹叶、麦冬、生地黄等滋阴生津之品;而后者以喘急、上气等邪实症状为主,兼以多汗,故方以降逆平喘为法,此方与大青龙汤类似,而减麻黄用量,增半夏以降气祛痰,紫菀止咳。方论中“气极伤热”,点出此方以下气、清热泻火为法,与前文所论的“实热”病因病机是相符合的,在《黄帝内经》基础上进行辨证施治,为临证使用提供药物治疗方法。

3 心 咳

3.1 心咳的理论特点 《素问·咳论篇》曰:“心咳之状,咳则心痛,喉中介介如梗状,甚则咽肿,喉痹。”心咳是以咳嗽伴胸痛,喉中异物感、咽喉肿为特点的一类咳嗽。《黄帝内经》中心咳的发生是由于“乘夏则心先受之”,而后传于肺。

《删繁方》对心咳的论述如下:“凡脉极者,主心也。心应脉,脉与心合,心有病从脉起。又曰:以夏遇病为脉痹。脉痹不已,复感于邪,内舍于心,则食饮不为肌肤,颜脱,面色白不泽。其脉空虚,口唇见赤色。凡脉气衰,血焦发堕,以夏丙丁日得之于伤风,风损脉为心风。心风状,汗多。若脉气实则热,热则伤心,使人好怒,口为色赤,甚则言语不快,血脱,色干燥不泽,食饮不为肌肤。若脉气虚则寒,寒则咳,咳则心痛,喉中介介如哽,甚则咽肿喉痹,故曰心风虚实候也。”《删繁方》论心咳的发生是由于夏日遇病为脉痹,脉气空虚又复伤于风,脉气寒虚所致,其症状特点与《素问》中所述的类似。

3.2 《删繁方》心咳的处方制定 “疗脉极虚寒则咳,咳则心痛,喉中介介如哽,甚则咽肿喉痹,半夏消痛止极益气汤方。半夏一升洗四破,宿姜八两,芎藭、细辛、附子炮、玄参、当归各三两,桂心、甘草炙、茯苓各二两,杏仁六十枚去两仁皮尖碎。”

此方重用半夏、宿姜。《神农本草经》曰:“半夏,味辛,平,生微寒、熟温,有毒。主伤寒寒热,心下坚,下气,喉咽肿痛。”《证类本草》:“治久积冷,不下食,呕吐不止,冷在胃中。半夏五两,洗过为末,每服二钱,白面一两,以水和搜,切作棋子,水煮面熟为度。用生姜、醋调和服之。古今录验治喉痹。”可见半夏为治喉痹之要药。宿姜有除痰下气之功,并制半夏毒,如《证类本草》所载:“药性论云:半夏……汤淋十遍去涎方尽,其毒以生姜等分制而用之。能消痰涎,开胃健脾,止呕吐,去胸中痰满,下肺气,主咳结。”又云:“生和半夏,主心下急痛。”又云:“生姜……汁和杏仁作煎,下一切结气实,心胸拥隔,冷热气,神效。”可见生姜与杏仁配伍可下结气、利胸膈。又《千金方》载:“主痰,以姜附汤治之,取生姜八两,附子生用四两,四破之,二物以水五升,煮取二升,分再服。”与附子相配又增除痰之功。

此外,经方中多用半夏、生姜以下气止呕。《证类本草》:“又主呕哕,谷不得下,眩悸。半夏加茯苓汤:半夏一升,生姜半斤,茯苓三两,切,以水七升,煎取一升半,分温服之。”《金匮要略》中有附子粳米汤以附子、半夏、粳米治疗“腹中寒气,雷鸣切痛,胸胁逆满,呕吐”。可推测此方治疗胃气上逆、痰饮有一定的功效,而此条方说所描述的“胸痛、咽异物感、咽喉肿”症状又与反流性咽炎、胃食管返流性咳嗽相类似,古时对心痛、胃脘痛区分不甚明了,故笔者在此大胆推测,此方可适用于治疗反流性咽炎、胃食管反流性咳嗽。

4 肝 咳

4.1 肝咳的理论特点 《素问·咳论篇》曰:“肝咳之状,咳则两胁下痛,甚则不可以转,转则两胠下满。”肝咳的主要症状是咳则两胁肋疼痛,甚则无法转侧,转侧则觉胁肋胀满。肝咳是由于春季受邪,肝先受之,而后传于肺,发为咳嗽。

《删繁方》曰:“以春遇病为筋痹。筋痹不已,复感于邪,内舍于肝。阳气入于内,阴气出于外。凡阴气外出,出则虚,虚则筋虚。筋虚则善悲,色青苍白。见于眼下。而伤寒则筋不能动,十指爪皆痛,数好转筋。其源以春甲乙日得之于伤风,风在筋,为肝虚风也。若阳气内发,发则实,实则筋实,筋实则善怒嗌干。伤热则咳,咳则胁下痛,不能转侧。又脚下满痛,故曰肝实风也。”同样,《删繁方》认为肝咳得之于风,由实热而发。在肝咳症状描述之后,又多了一条“脚下满痛”的描述,但《删繁方》后文所附的方剂中,咳嗽与脚满痛并非同一条方药所主,可知“脚下满痛”并不是对“伤热则咳”伴随症状的补充,只是将“脚下满痛”归类到“肝实风”之下。“脚下”可能为“胠下”之

误，二者字形相近，可能在传抄过程中出现错误。临床中咳嗽也较少发生合并“脚下痛”这一症状的情况，参合《黄帝内经》条文，似是作“胠下”更为合理。

4.2 《删繁方》肝咳的处方制定 “疗筋实极则咳，咳则两胁下缩痛，痛甚则不可动转，橘皮通气汤方。橘皮四两，白术、石膏碎绵裹各五两，桂心、细辛、当归、茯苓各三两，香豉一升熬别裹。”

经方中橘皮常用作祛痰、止呕，如《证类本草》所言：“橘皮，能治胸膈间气，开胃，主气痢，消痰涎，治上气咳嗽。”白术取其逐风、消痰、利水之功。《神农本草经》曰：“主风寒湿痹，死肌痉疸，止汗除热，消食。”《证类本草》引《药性论》曰：“能主大风……破消宿食，开胃，去痰涎……”；又引日华子曰：“冷气腹胀，补腰膝，消痰……止反胃呕逆及筋骨弱软”。又石膏、豆豉除热，细辛、桂心、当归止咳下气，疏肝止痛。与《黄帝内经》对比，此条方说中并无《黄帝内经》中提到的“转则两胠下满”的描述，但查阅唐宋经方，“通气”之名，多出现在“胸满、胁肋满、短气、噎塞”这类气不通的病症当中，该方方名为“橘皮通气汤”，故可推测筋实极咳嗽应该是包含了胸满、胁肋满的症状。

5 脾 咳

5.1 脾咳的理论特点 《素问·咳论篇》曰：“脾咳之状，咳则右胁下痛，阴阴引肩背，甚则不可以动，动则咳剧。”脾咳以咳嗽伴右侧胁肋疼痛、肩背部隐痛、动则咳甚为特点。

《删繁方》论及脾咳，云：“凡肉极者，主脾也。脾应肉，肉与脾合。若脾病则肉变色。又曰：至阴遇病为肌痹。肌痹不已，复感于邪，内舍于脾，体淫淫如鼠走其身上，津液脱，腠理开，汗大泄，鼻上色黄，是其相也。凡风气藏于皮肤，肉色则败，以季夏戊巳日得之，于伤风为脾风。脾风之状多汗。阴动伤寒，寒则虚，虚则体重怠堕，四肢不欲举，不嗜饮食，食则咳，咳则右胁下痛，阴阴引肩背，不可以动转，名曰厉风。”《删繁方》认为脾咳的症状是由于伤风伤寒所致，出现“肢体重坠、不欲食、食则咳、咳则胁下痛引肩背、不可转动”这类症状。同内经对比，《删繁方》脾咳症状描述的前后，还出现了“体重怠堕，四肢不欲举，不嗜饮食，食则咳”的症状以及“名为厉风”的命名，这是否是对脾咳描述的补充呢?从后文所拟方说看来，二者并不属于脾咳的范畴。“疗肉极虚为脾风，阴动伤寒体重怠堕，四肢不欲举，关节疼痛，不嗜饮食，虚极所致，大黄芪酒方。”“疗肉极虚寒，则皮肤不通。外不得泄，名曰厉风，内虚外实，腰脚疼弱，大风引汤。”前后两个条文皆各自拟方，可见“体重怠堕，四肢不欲举，不嗜饮食，食则咳”“名曰厉风”所描述的与脾咳并非同一疾病。《删繁方》将以上内容进行拼接，通过“食则咳”“不可以转”两个症状将3个病症串联，并一同归结到“脾风”之下，并将数个理论总结融合成“肉极”这一理论。这种对各类病症进行总结归类、形成新的理论体系的方式在中医典籍中十分常见。在读古籍的过程中，时常发现一段文字看起来像是描述一个病，但所述的症状却又不像是一个单一的疾病或其伴随症状，实际上这是对当前医疗知识的进行理论整合所形成的产物。

5.2 《删繁方》脾咳的处方制定 “疗肉极虚寒则脾咳，其状右胁下痛，阴阴引肩背痛，不可以动，动则咳，腹胀满，留饮痰癖，大小便不利，少腹切痛，膈上寒，大半夏汤方。半夏一升洗，白术、茯苓、人参、甘草炙、附子炮、橘皮各二两，生姜八两，桂心三两。”

方中半夏、生姜、橘皮祛痰下气，白术、茯苓利水渗湿，该方主要药物在前已详细论述，在此不再赘述。全方主要以消痰降气为主，止咳之药较少，用药与唐前治疗胃部疾病的方剂更为类似，而后文更补充了大半夏汤的其他适应证：“腹胀满，留饮痰癖，大小便不利，少腹切痛，膈上寒”，故笔者认为，此方更适用于兼有胃部疾病的咳嗽。

6 肾 咳

6.1 肾咳的理论特点 《素问·咳论篇》曰：“肾咳之状，咳则腰背相引而痛，甚则咳涎。”由冬季感受外邪、肾先受之的肾咳，表现为咳嗽伴腰背疼痛、牵拉感，咳甚咯吐清稀痰涎。

《删繁方》曰：“凡骨极者，主肾也。肾应骨，骨与肾合。又曰：以冬遇病为骨痹，骨痹不已，复感于邪，内舍于肾，耳鸣见黑色，是其候也。凡肾病则骨极，牙齿苦痛，手足痟疼，不能久立，屈伸不利，身痹，脑髓酸。以冬壬癸日中邪伤风为肾风。风历骨，故曰骨极。若气阴，阴则虚，虚则寒，寒则面肿垢黑，腰脊痛，不能久立，屈伸不利。其气衰则发堕齿槁，腰背相引而痛，痛甚则咳唾。”与《黄帝内经》所述不同的是，此条论及咳嗽这一症状时，只是作为“腰痛”的伴随症状，由前文《删繁方》对“肉极”各大症状的拼接思路，笔者推测《删繁方》作者以“腰背相引痛”这一症状作为衔接，将《黄帝内经》所叙述的肾咳症状拼接到骨极的其他症状之后，突出了“肾-腰脊”这一关系。

6.2 《删繁方》肾咳的处方制定 “骨极虚寒，主肾病则面肿垢黑，腰脊痛不能久立，屈伸不利，梦寤惊悸，上气，少腹里急，痛引腰，腰脊四肢常苦寒冷，大小便或白，肾沥汤方。羊肾一具猪肾亦得，芍药、麦门冬去心、干地黄、当归各三两，干姜四两，五味子二合，人参、茯苓、甘草炙、芎藭、远志去心各二两，黄芩一两，桂心六两，大枣二十枚擘。”

《删繁方》中对骨极虚寒仅提供如上一条方药方说，方说强调了腰痛、屈伸不利、上气、惊悸的症状，并未言及咳嗽，肾主纳气，故肾病多表现为喘、上气，而咳嗽少见。“肾沥汤”由来已久，笔者考察《集验良方》《古今录验》《小品方》等对“肾沥汤”的记载，其方药基本类似，为动物的肾脏加上地芍归芎、参芪苓草等补气补血活血之品，或加磁石潜阳纳气，或加远志安神益智，或加附子、桑螵蛸补肾助阳等加减变化。而“肾沥汤”主治症状主要为腰痛、小便数，《近效方》更言其有“主除风下气强腰脚，明耳目，除痰饮，理营卫，永不染时气诸风疾方”[6]之效。

7 讨 论

通过比对五脏咳的症状，可以观察到除了肺咳，心、肝、脾、肾咳皆为咳嗽则某部位疼痛，古代医家将咳嗽的伴随症状由部位不同，分别归类为五脏咳：心咳为咳则心痛喉中梗；肝咳为咳则两胁下痛满；脾咳为咳则右胁下痛、引肩背；肾咳为咳则腰背相引而痛。体现出心-前胸及咽喉、肝-两胁、脾-右胁及肩背、肾-腰背的对应关系。中医理论由（下转第10页）

引用:麦舒敏,丁慧.肺、脾胃与皮肤屏障功能的关系探讨[J].中医药导报,2019,25(24):4-6.

肺、脾胃与皮肤屏障功能的关系探讨

麦舒敏,丁　慧
(广州中医药大学针灸康复临床医学院,广东　广州　510405)

[摘要]　探讨皮肤屏障功能与肺、脾胃的具体关系,丁慧认为皮肤屏障功能与肺、脾胃紧密联系,并提出"肺-脾胃-皮肤屏障功能"轴。一方面,皮肤屏障的生理功能隶属于肺功能系统;另一方面,皮肤屏障的物质条件基于脾胃功能,而肺、脾胃三者在气血津液方面既相互联系又相互影响。

[关键词]　皮肤屏障功能;肺;脾胃;中医
[中图分类号]　R223　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-004-03

皮肤,人体最大的器官,覆盖于人体的最外层,起到首关防御作用,而这条免疫防线则是以皮肤屏障作为基础。皮肤屏障功能主要由皮脂膜和类似"砖墙"结构的角质层构成,是一层天然的皮肤保护膜,对外起着防护作用,保护内脏,对内防止体内营养物质的丢失,维持皮肤的含水量。在中医学里,虽然没有"皮肤屏障"这一词,但广州中医药大学丁慧教授根据几十年的临床经验,提出了"肺-脾胃-皮肤屏障"这一调节反应轴,认为皮肤屏障功能与肺、脾胃密切相关。本文就此展开分析与探讨。

1　肺与皮肤屏障功能的关系

皮肤屏障的生理功能是基于肺功能而发挥的。《素问·五脏生成论篇》:"肺之合皮也,其荣毛也。"皮毛,包括皮肤、汗腺及毫毛等组织,起到防外邪、调代谢、恒体温及助呼吸的功能,而皮毛的这些作用正是皮肤主屏障的具体含义。《灵枢·九针论》:"肺者,五脏六腑之盖也。"《医旨绪余》记载:"卫气者,为言护卫周身……不使外邪侵犯也。"[1]肺为华盖,在体合毛,在窍为鼻,通于外界,六淫外邪多从皮毛或口鼻侵袭人体,而卫气由肺气所宣发而输布于人体,起到卫外的作用,使人体免受外邪所袭。再者,清代医家周学海云:"卫气者,热气也。凡肌肉之所以温,水谷之所以能化者,卫气之功用也。虚则病寒,实则病热。"肺气宣发,卫气充足,则外达筋肉皮毛而恒定人体体温,增强皮肤的屏障功能。其次,肺卫之气与汗孔开阖密切相关,通过汗孔开阖作用使汗液节制排泄,使人体内外环境协调平衡,为皮肤屏障功能提供基础。又《望诊遵经》曰:"皮肤润泽者,太阴气盛;皮毛枯槁者,太阴气衰。"[2]肺气宣发津液气血等物质于皮肤以润泽之,使皮毛获得了濡养、滋润及抵御外邪的能力。当肺气虚,无力宣发卫气时,皮肤的正常代谢会出现紊乱,构成皮肤屏障的物质出现匮乏,进而导致皮肤屏障功能削弱甚至受损。

通讯作者:丁慧,E-mail:154930479@qq.com

在临床中,不少医者也注重通过增强机体的肺卫之气,从而达到修复皮肤屏障的功效。孙洁翔等[3]通过观察玉屏风散对过敏性皮肤病动物模型的影响,发现玉屏风散对Ⅰ型变态反应引起的过敏性皮肤病具有良好的抗过敏作用,并且没有明显的免疫抑制不良反应。邢书宇[4]采取玉屏风散联合枸地氯雷他定治疗慢性荨麻疹,发现可有效改善患者的临床症状,提高临床疗效。

2　脾胃与皮肤屏障功能的关系

皮肤屏障的物质条件基于脾胃功能。脾胃为后天气血生化之源,脾气升清,胃气降浊,脾胃一升一降主导着整个消化系统对食物的吸收,进而为皮肤屏障提供物质基础。一方面,脾胃运纳水谷,将其精微输送到全身,分化为气血津液,在内濡养五脏六腑,在外营养四肢百骸,筋肉皮毛。另一方面,脾气将水饮化为水津,亦即津液,在脾胃之气的升降作用下而上腾下达,津液充足化生,正常输布,五脏六腑及形体官窍得养,皮毛润泽柔滑。因此,当脾胃功能失衡时,水谷精微化生不足,肌肤失养,皮肤则容易出现晦暗干燥粗糙,产生皱纹。而当皮肤长时间处于干燥粗糙时,皮肤的新陈代谢就会减慢,汗液、脂质等营养皮肤屏障的物质分泌减少,进而影响皮肤屏障结构中皮脂膜和"砖墙"结构等重要物质的生成。此外,长期的皮肤缺水干燥,皮肤屏障受损,经皮水分丢失增加,进而导致皮肤出现红、热、痒、痛及脱屑等症状。

现代研究都提示脾胃与皮肤屏障息息相关。譬如,杨皓然等[5]通过观察六君子汤对皮肤功能障碍小鼠的影响,发现六君子汤不同程度地降低了经皮水分丢失量和升高了神经酰胺的含量。赵绍斌[6]用参苓白术散加减治疗脾虚湿盛型湿疹92例,发现其可有效地改善患者皮肤瘙痒、红斑、丘疹等症状。早在1999年,张宏和等[7]发现脂溢性皮炎患者普遍存在着肠道菌群失衡的现象。有研究发现,分别使用益生菌及抗生素灌胃小鼠,10 d后,益生菌灌胃的小鼠毛发明显变光泽,而使用抗生素灌胃小鼠2周后,小鼠则毛色变得杂乱[8]。

3 肺、脾胃与皮肤屏障功能的关系

3.1 气血方面 《类经·摄生类》记载:“人之有生,全赖此气。”[9]人的各项生命活动、延续都依赖于气,而皮肤屏障更是基于气的防御作用而发挥的。脾胃运化水谷,化生谷气;肺主呼吸,吸入自然界清气。谷气与清气合为宗气,宗气与元气化为一身之气。肺脾胃功能的正常发挥,保证了人体之气生成充足。《素问·经脉别论篇》:“肺朝百脉……输精于皮毛。”《周慎斋医学全书》中:“脾胃者,气血之原也”,“人以血为主,胃乃生血之源”[10]。肺为五脏六腑之华盖,脾胃乃气血生化之源,脾化生的水谷精微通过肺气宣降而化赤为血,输布全身,“若雾露之溉”,润泽、充养皮毛而使肌肤柔密、毫毛光泽。现代医学认为,皮肤是人体与外界的天然屏障,是人体的第一道防御线,具有特异性免疫防御功能,且参与了机体内特异性免疫反应过程[11]。血为气之母,气为血之帅。血充足时,在气的推动作用下,循筋肉皮毛运行,使皮肤腠理得到血的滋养,并在气的调控下进行正常的皮肤代谢,使皮脂膜、皮肤的“砖墙”结构完整稳定,皮肤屏障功能正常。因此,在肺脾胃三者相互协调之下,气血-皮肤屏障这一轴才能稳定运行。

3.2 津液方面 《灵枢·五癃津液别》记载:“津液各走气道……充皮肤,为其津。”津液,是组成人体和维持机体生命活动的基础物质,具有润泽和营养的作用。而这一作用需要肺脾胃三者协调。肺主通调水道,肺气通过宣发与肃降,使津液布散人体及排出体内;脾胃主运化水液,脾气升清,将津液上输至肺,经肺布散全身,或脾气散精,布散四旁,使筋肉皮毛得以濡养。若肺脾胃三者失衡,则可能因为津液匮乏,皮毛失养,出现脱屑、干燥、瘙痒、皲裂等;或者津液输布内阻,停聚体内,可见湿疹、结节性红斑、囊肿等。皮肤储存人体大部分水分,皮肤内水分一方面在维持人体内环境的各种功能中起到重要作用,另一方面对机体水分进行调节,但机体脱水时,皮肤可提供其水分以维持循环血容量的稳定。角质层作为皮肤屏障的一部分,其与皮肤锁水关系最为紧密,正常情况下皮肤角质层平均含水量为15%,若低于10%,皮肤屏障就会干燥、脱屑。而汗腺分泌的水分可增补角质层的水分丢失,以维持角质层的正常含水量,使肌肤湿润、光滑、柔软。另一方面,汗腺分泌的水分及皮脂腺的分泌物共同在肌表形成一层水质膜,是皮肤屏障结构最外层防线。因此,肺脾胃三者的相互协调,津液-皮肤屏障这一轴维持稳定。

4 肺-脾胃-皮肤屏障的现代医学探讨

1930年,STOKES J H等[12]提出了肠-脑-皮肤轴的假设。由于当时商业的原因和医学主导思想,该假设并没有受到重视。而近年来,现代医学和生物学的发展,已经证明皮肤与肠道之间确实存在密切联系[13]。研究发现,肠道及皮肤都属于人体与外界环境接触的内外表面,它们具有类似的信号转导和神经支配通路。T细胞介导的免疫反应通常会引起肠道和皮肤的双重表现[14]。当肠道内环境出现紊乱时,皮肤免疫相应也会表现异常。2005年,NOWERR M C等[15]人提出肠道微生物引发过敏性疾病的假说,认为肠道微生物对宿主系统的发育成熟具有重要作用,特别是在维持黏膜免疫耐受方面作用显著。而王埃胜[16]通过检测在校大学生痤疮患者幽门螺杆菌(helicobacter pylori, HP)感染情况,发现痤疮的发生与HP可能存在关联。现代研究也表明,食物中的微量元素以及不饱和脂肪酸可以帮助皮肤抵御紫外线和防止过敏[17]。此外,“脾主运化”,现在医学证明,脾失健运则导致机体出现消化吸收障碍、腹胀腹泻等一系列消化道症状,进而导致肠道菌群失调,肠道菌群失调又加重了脾虚的症状,导致皮肤代谢出现紊乱。

随着现代医学的深入发展,肺与肠道的联系已从多方面得以证实。从胚胎学来看,肺、气管由肠道的前肠发育而来,而原肠内胚层分化成呼吸道上皮和腺体,即肺、气道和肠来源相同[18]。从黏膜免疫系统来看,呼吸道和胃肠道是人体与外界接触的场所,都具有典型的载膜结构,能产生大量分泌型免疫球蛋白A(SIgA)。而SIgA与“肺主卫气”存在紧密联系,SIgA是肺主卫气的具体表现:卫气充实则邪不可侵,反之则导致疾病反复发作[19]。而皮肤屏障的生理功能是基于肺卫功能而发挥的。任秀玲等[20]采用单纯烟熏法建立大鼠“肺气虚”病理模型,将20只大鼠随机分为正常对照组和病理模型组。采用免疫组化SP方法,分别检测Fas、Fsa-L在两组动物肺、皮肤和大肠组织中的表达水平,并进行比较,结果从分子水平上证实了肺与皮肤、大肠之间可能存在着内在联系。

综上分析,肺、肠道及皮肤存在着多方面的生物联系。当肺与肠道的内部环境改变,会引起特定组织或细胞基因的差异表达,从而影响与其关联的信号通路变化,而与其受共同通路支配的皮肤屏障则会产生相应的生理或病理改变。

5 肺-脾胃-皮肤屏障失衡的病种举例

肠道和皮肤被称为人体的“第二基因组”和“被遗忘的器官”[21],正如人的后天之本,主要受后天环境、饮食等因素影响。这与在中医藏象学里的“肺主皮毛”“肺合大肠”“脾胃乃后天之本,气血生化之源”等许多理论有着相似之处。

皮肤屏障功能受损的原因主要分为两个因素:先天性和获得性。先天性因素包括脂类代谢失调、细胞间合成障碍等,而获得性因素包括环境、药物、错误护肤等。中医学认为,皮肤屏障功能受损主要与“肺失宣降”和“脾胃失运”有关。肺气失宣,卫外失司,则外邪易袭;脾胃中焦不运,则气血无以生化,从而出现干燥、脱屑、红肿等一系列皮肤屏障功能受损的症状。

特应性皮炎(atopic dermatitis, AD)是一种特殊类型的湿疹,它以常年性皮肤干燥、皮肤瘙痒等为主要特点。AD患者普遍存在皮肤屏障功能的受损,临床首要的表现是皮肤干燥,角质层的保水能力下降,其次是对过敏原等外来致病因素的防御功能减弱[22]。中医认为,该病发生与脾胃虚弱密切相关[21-23],因此治疗上多以“健脾”为法。然“肺主皮毛”,AD的发生也与肺有关。一方面,《素问·经脉别论篇》记载:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱”,又“肺朝百脉……输精于皮毛”,肺气宣发与脾主运化相互协调,使水谷精微外达皮毛而润泽肌肤;另一方面,肺宣发卫气

助皮肤抵御外邪。AD患者常伴有哮喘、过敏性鼻炎等呼吸道疾病，临床上亦发现不少AD患者出现排汗异常、腹温偏高的现象。古云“脾气一虚，肺气先绝”，笔者认为，在“脾虚”的体质上，肺虚失宣降，从而导致皮肤屏障功能障碍，外邪侵犯，是AD发病的重要病机。而临床上，本着“培土生金”的指导思想治疗特异性皮炎也屡见不鲜，其中参苓白术散是代表方之一。方中人参、白术、茯苓、甘草健脾补气，山药、扁豆、莲子肉健脾祛湿；砂仁醒脾，桔梗升清，宣利肺气，载药上行。诸药合用，共凑健脾益气、和胃渗湿之功。刘媛等[24]通过动物实验发现参苓白术散具有修复皮肤机械屏障的作用，其机制可能与上调β-GCase的表达从而增加神经酰胺的含量有关。而DANSO M等[25]通过对特应性皮炎患者皮肤中CER代谢酶检测，发现β-GCase、ASM活性的改变影响着特应性皮炎患者皮肤的屏障功能。

6 展 望

随着现代医学的不断研究，发现许多临床上常见的皮肤疾病都与皮肤屏障功能受损息息相关，修复皮肤屏障成为治疗皮肤疾病的重要手段。现代研究对皮肤屏障的研究日益进步，而在中医学里仍比较匮乏，因此在实际的临床实践中，不妨多关注“肺-胃肠-皮肤屏障”这一轴，从而更好地指导临床实践。

参考文献

[1] 孙一奎.医旨绪余[M].北京：中国中医药出版社，2008.

[2] 汪宏.望诊遵经[M].北京：中国医药科技出版社，2016.

[3] 孙浩翔，王诗源，郭程程，等.玉屏风散对过敏性皮肤病模型大鼠的影响[J].中医学报，2018，33(7)：1306-1308.

[4] 邢书宇.玉屏风散加减联合枸地氯雷他定治疗慢性荨麻疹的疗效分析[J].中国医药指南，2018，16(23)：179.

[5] 杨皓然，方凯，孙晓菲，等.六君子汤对皮肤屏障功能障碍小鼠的影响[J].中国民族民间医药，2015，24(24)：12-15.

[6] 赵绍斌.用参苓白术散加减方治疗脾虚湿盛型湿疹的效果探讨[J].当代医药论丛，2019，17(7)：209.

[7] 张宏，余林中.脂溢性皮炎患者粪便正常菌群的定量研究[J].中华皮肤科杂志，1999，32(5)：339-340.

[8] 王若涵.肠道菌群紊乱模型小鼠皮肤湿疹样改变的相关机制研究[D].桂林：桂林医学院，2014.

[9] 张介宾.类经[M].北京：中国古籍出版社，2016.

[10] 周之干.周慎斋医学全书[M].海口：海南出版社，2010.

[11] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组，特应性皮炎协作研究中心.中国特应性皮炎诊疗指南(2014版)[J].中华皮肤科杂志，2014，47(7)：511-514。

[12] STOKES J H，PILLSBURY D H. The effect on the skin of emotional and nervous states：theoretical and practical consideration of a gastrointestinal mechanism [J].Arch Dermatol Syphilol，1930，22：962-993.

[13] DOHIL MA. The skin-gut connection [J].Australas J Dermatol，2012，53(4)：A8

[14] 张浿祎，王学民，王婷婷，等.食物过敏的诊断方法[J].国际皮肤性病学杂志，2015，41(5)：312-315.

[15] NOVERR M C，HUFFNAGLE G B. The microflora hypothesis of allergic diseases[J].Clin Exp Allergy，2005，35(12)：1511-1520.

[16] 王埃胜.大学生寻常性痤疮与幽门螺旋杆菌感染的关系[J].中国皮肤性病学杂志，2016，30(10)：1024-1025.

[17] BOELSMA E，HENDRIKS H F，ROZA L. Nutritional skin care：Health effects of micronutrients and fatty acids[J].Am J Clin Nutr，2001，73：853-864.

[18] 王爱敏，王峰，孙燕，等.“肺与大肠相表里”现代生物学认识浅谈[J].辽宁中医杂志，2014，41(4)：657-659.

[19] 刘薇薇，张同元，宫淑琴，等.基于“肺-脾-大肠”轴的培土生金法干预RRTI肺脾气虚证患儿唾液slgA黏膜免疫研究[J].中国中医基础医学杂志，2014，20(7)：948-950.

[20] 任秀玲，赵清树，程振芳，等.“肺气虚”大鼠模型肺、皮肤、大肠Fas、Fas-L表达相关性的实验研究[J].中华中医药杂志，2007，22(7)：478-481

[21] International Rice Genome Sequencing Project. The map-based sequence of the rice genome[J].Nature，2005，436：793-800.

[22] 陈达灿.特应性皮炎中医诊疗方案专家共识[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志，2013，12(1)：60-61.

[23] 孙彩虹，顾恒.不同国家和地区特应性皮炎治疗指南解读[J].中华皮肤科杂志，2017，50(3)：215-218.

[24] 刘媛，王葳，王妍，等.参苓白术散对皮肤机械屏障功能障碍小鼠神经酰胺再利用途径相关酶β-GCase及ASM表达的影响[J].中国实验方剂学杂志，2018，24(22)：112-119.

[25] DANSO M，BOITEN W，VAN DRONGELEN V，et al. Altered expression of epidermal lipid biosynthesis enzymes in atopic dermatitis skin is accompanied by changes in stratum corneum lipid omposition[J].J Dermatol Sci，2017，88(1)：57-66.

（收稿日期：2018-12-07 编辑：刘国华）

传 播 中 医 弘 扬 国 粹

引用:马玉杰,李语婕,黄泳.论“络病在表”与“久病入络”[J].中医药导报,2019,25(24):7-10.

论“络病在表”与“久病入络”*

马玉杰,李语婕,黄　泳
(南方医科大学中医药学院,广东　广州　510515)

[摘要]　简述络脉的起源和生理作用,回顾“络病在表”和“久病入络”两种理论的起源、发展,以及在这两种理论指导下相关疾病治疗的应用。分析两种理论产生的机制,认为“络病在表”是因为络脉表浅,所以率先受邪;“久病入络”是由于经脉和络脉气血相互渗灌,久病引起络脉血行异常,进一步导致全身血行不畅。无论新病久病,都应该重视络脉论治的重要性。

[关键词]　络脉;络病在表;久病入络;临床应用
[中图分类号]　R228　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-007-04

Analysis on "New-Suffering Diseases Staying at the Collaterals" and "Chronic Diseases Going into the Collaterals"

MA Yu-jie, LI Yu-jie, HUANG Yong
(School of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University, Guangzhou Guangdong 510515, China)

[Abstract]　Besides the description on the origin and physiological function of collaterals, the origin and development of the two theories of "new-suffering diseases staying at the collaterals" and "chronic diseases going into the collaterals" are reviewed, and the application of both two theories in the treatment of related diseases are are also summarized, following the related mechanism analysis. It is believed that "new-suffering diseases staying at the collaterals", due to the superficial location of collaterals, is the first lesion to suffer from evils. While "chronic diseases going into the collaterals", based on the fact that the Qi and blood of meridians and collaterals can infiltrate each other, indicated that abnormal flow of collaterals caused by chronic diseases further leads to blockage of blood flow in the whole body. We should pay attention on the importance of collaterals, whether treating new-suffering or chronic diseases.

[Keywords]　collaterals; new-suffering diseases staying at the collaterals; chronic diseases going into the collaterals; clinical application

络是人体经络的重要组成部分,络病学说近年在临床上得到广泛应用并取得了良好疗效。在应用络病学说指导临床的过程中,我们发现“络病在表”理论指发病之初病位在络时,病位较浅,预后较好;而“久病入络”理论提示病程日久,病位较深时,往往会引起络病。起病之初,发病日久,均病位在“络”,这两种理论似乎存在矛盾。为了理清这两种理论的概念和基本内涵,能更好的指导临床,本文论述了两种理论相关的疾病及治疗原则,并探讨了这两种理论的机制。

1　络的基本概念

1.1　络脉的起源和分类　络脉是人体经络系统的重要组成部分,在人体广泛分布。《灵枢·脉度》载:“经脉为里,支而横者为络,络之别者为孙”,首次提出络的概念并说明经络的层次和空间结构。《灵枢·经脉》所述“诸脉之浮而常见者,皆络脉也”,说明人体浅在部位广泛分布着络脉。

络脉可以通过结构、生理功能进行分类。清·喻嘉言《医门法律·络脉论》曰:“十二经生十二络,十二络生一百八系络,系络生一百八十缠络,缠络生三万四千孙络”,按结构将络脉又分系络、缠络、孙络等。明·张介宾《类经》:“血脉在中,气络在外”,按位置和生理功能将络脉分为血络和气络。《素问·经络论篇》:“阴络之色应其经,阳络之色变无常,随四时而行

*基金项目:广东省第二批中医临床优秀人才研修项目(粤中医办函[2017]267号);广东省本科高校教学质量与教学改革工程项目(粤教高函[2017]116号);南方医科大学校级高等教育教学改革项目(2017JG03);南方医科大学高水平大学-创新人才培养项目(C1033550)
通讯作者:黄泳,E-mail:nfhy@smu.edu.cn

也”,《临证指南医案》:“阴络乃脏腑隶下之络”,按病理改变和位置将络脉分为阴络和阳络。

1.2 络脉的生理作用 络脉有运行输布水谷所化气血濡养周身、沟通表里经脉的生理功能。《灵枢·玉版》:“岐伯曰:人之所受气者,谷也。谷之所注者,胃也。胃者,水谷气血之海也。海之所行云气者,天下也。胃之所出气血者,经隧也。经隧者,五脏六腑之大络也”,《素问·痈疽篇》:“黄帝曰: 余闻肠胃受谷,上焦出气,以温分肉,而养骨节,通腠理。中焦出气如露,上注溪谷,而渗孙脉,津液和调,变化而赤为血。血和则孙脉先满溢,乃注于络脉,皆盈,乃注于经脉,阴阳已张,因息乃行。行有经纪,周有道理,与天合同,不得休止”,指出中焦受纳水谷所化之血气有赖于络脉的输布。在十五络脉的循行分布中,十二经脉的络脉都是从四肢肘、膝以下分出,络于相互表里的阴阳两经之间,从阳走阴或从阴走阳,为十二经在四肢互相传注的纽带。任脉之络脉分布在腹部,络于冲脉;督脉之络脉分布在背部,除别走太阳之外,并能联络任脉和足少阴经脉;脾之大络分布在侧身部,能总统阴阳诸络。这三者在躯干部发挥其联络作用,从而加强了人体前、后、侧的统一联系。

外邪入侵时,络脉缠绊可抵挡邪气直中入营。《医门法律·络脉论》载:“自内而生出者,愈多则愈小,稍大者在俞穴肌肉间,营气所主外廓,繇是出诸皮毛,方为小络,方为卫气所主。故外邪从卫而入,不遽入于营,亦以络脉缠绊之也。至络中邪盛,则入于营矣。”初步推测,缠绊的存在为卫气营血辨证的生理基础。

1.3 络脉的病理变化 络脉生理功能发生改变时可出现异常表现,如《黄帝内经》记载络脉虚而下陷形成“虚络”、络血停滞如粟米形成“结络”、络脉血盛无结节的“盛络”、络血淤滞形成皮下青紫的“血络”以及病理性出现的“横络”等[1]。王永炎等[2]认为络脉结构的改变主要是络弛、络破和络结。

2 “络病在表”的源流和病理表现

经络之络行气,病变导致气机失调功能障碍。脉络之络运血,脉络舒缩功能障碍及结构损伤导致血液运行不畅,络脉在人体气血津液的运行输布、疾病的发生与传变中起着不可或缺的作用。

《灵枢·经脉》云:“经脉十二者,伏行分肉之间,深而不见;其常见者,足太阴过于外踝之上,无所隐故也。诸脉之浮而常见者,皆络脉也”,“饮酒者,卫气先行皮肤,先冲络脉,络脉先盛,故卫气已平,营气乃满,而经脉大盛”,“经脉者常不可见也,其虚实也以气口知之。脉之见者,皆络脉也”,“诸络脉皆不能经大节之间,必行绝道而出入,复合于皮中,其会皆见于外”。此皆表示络脉比经脉表浅。外邪侵袭人体,常先侵袭皮毛,络脉浮于体表,则常先被外邪侵袭。而络脉所具有的灌渗气血津液、贯通营卫和保障经气周流的功能,使外邪侵袭络脉后,随功能障碍而传导至经脉,此即为“络病在表”。

先贤早在几千年前就认识到了“络病在表”的机理,张仲景在《金匮要略·中风历节病脉证并治第五》里明确提到“邪在于络,肌肤不仁;邪在于经,即中不行;邪入于腑,即不识人;邪入于脏,舌即难言,口吐涎”。络浅而经深,故络邪病于肌肤,而经邪病连筋骨。中风属内虚邪犯,“血虚则浮,络脉空虚,贼邪不泄”,血虚则络脉空虚,血少而停滞不行,外邪从皮肤而入,先犯络脉,络脉气血瘀阻,邪气不得出而致中风轻症。邪气随络入经,病情加重,从仅仅是肌肤麻木,变为肢体沉重。由此可见,外感表证极易先中络脉而发病。

以“络病在表”为理论基础,用通络之法可治疗很多病位浅、病程短的疾病。

(1)流行性感冒:孟泳等[3]运用“初病在络”理论指导治疗流行性感冒具有独特的优势,在此理论指导下所研制的以连花清瘟胶囊为代表的中成药能够有效治疗流行性感冒,减少不良反应。

(2)周围性面瘫:风寒袭络型周围性面瘫是由于风寒侵袭面颊部络脉,使面部气血阻滞,筋肉失养所导致的口喎眼斜,临床多以祛风通络为治疗大法。张伟等[4]治疗此病时在针刺治疗的基础上,配以具有祛风通络之功效的中药方剂熏蒸给药,取得了良好效果。

(3)头痛:风寒袭表型头痛是由于外邪上扰清窍,头部脉络气机不通引起的症状。王志强等[5]用刺络拔罐法治疗外感风寒头痛疗效显著。

(4)荨麻疹:巢元方在《诸病源候论·风病诸候下·风瘙瘾疹候》中指出:“邪气客于皮肤,复逢风寒相折,则起风瘙瘾疹。”认为荨麻疹为邪气客于皮肤所致。李喜顺[6]认为荨麻疹主要由于风邪携寒热燥湿诸邪乘虚入侵,诸邪客于肌肤,壅塞肌表络脉所致,用自拟中药方祛风通络汤治疗,取得良好效果。

3 “久病入络”的源流和病理表现

清代叶天士秉承《黄帝内经》对络脉的阐释,及其与经脉的区别,在张仲景《金匮要略》“辨治疟母”的启发下,最早在《临证指南医案·胃脘痛》一篇中提出了“久病入络”的观点,病邪深入,血络受病,他提出的“其初在经在气,其久在络在血”成为内伤杂病的病机概念。

张仲景《金匮要略》中经典的虫类通络药,共同功用为活血化瘀,从治疗的方面解释了久病入络是由于经脉血液外溢阻塞络脉,或经脉血液留滞使络脉不通而致。其病理变化是瘀阻、虚滞、毒损络脉。

在这一发病机理的指导下,很多日程较久、病位较深的疾病用“通络”之法治疗可取得良好效果。

(1)颅脑疾病:李琰[7]认为颅脑神经血液网络体系,与“络脉为里,支而横者为络,络之别出为孙”的经络层次和空间位置有异曲同工之妙,他认为慢性偏头痛病机为“邪伏络瘀”,将叶天士“久病入络”的理论运用到慢性偏头痛的治疗当中,取得了良好的效果。

(2)恶性肿瘤:恶性肿瘤的病机多各因素夹杂,缠绵难愈,且恶性肿瘤晚期多通过淋巴、血行等途径转移至全身各处,这与络脉遍布全身的网络结构,末端联通、弥散流动的特点而导致疾病的传变有关。王文娇[8]以叶天士“络以辛为泄”的观点为基础,重点研究了虫类入络药在治疗肿瘤中的应用,现代药理研究证明了虫类药物可以活化吞噬细胞进而增强机体的免疫力,诱导肿瘤细胞凋亡,抑制肿瘤血管的生成,以达到治疗肿瘤的作用。景菲等[9]认为络病本质为虚,因正虚之

人更易感邪,加之脏腑气血亏虚,运行无力,更加容易导致血瘀的发生,他们利用这种思维,用益气荣络、活血化瘀之方治疗特发性肺纤维化合并肺癌取得明显效果。肺气虚,肺络瘀阻,缠绵难愈,久则入络,导致虚瘀毒互结是特发性肺纤维化合并肺癌的主要病机,与“久病入络”之理和络病痼结难愈之特点相同。

(3)血管疾病:叶天士的《临证指南医案》中说到:“凡人脏腑之外,必有脉络拘拌,络中乃聚血之地。”血瘀则络脉不通,络脉不通而血瘀更甚,两者互为因果,形成恶性循环。苏丽清[10]从微循环障碍的角度论述了糖尿病心肌病的发病原理和治疗方法。同理,因肢体末端失于濡养,出现见肢体发凉、麻木、疼痛甚则坏死的糖尿病足也是以气滞血瘀等为病机的[11]。况且四肢远于躯干,气血津液难以到达,更加容易导致络脉不通。从现代医学来看,肾小球是血液过滤器,血液通过肾小球过滤到肾小囊而形成原尿,肾的功能在很大程度上与血管的正常功能相联系,慢性肾病中的膜性肾病,即是肾小球上皮细胞损伤导致的肾功能异常,仝志强等[12]从中医理论的角度探索出膜性肾病亦属于“久病入络”的范围。邵琳琳等[13]认为高血压与脑梗死均病在血脉,病理变化均是基于络病气机郁滞、络脉痹阻产生的。

(4)骨关节疾病:痹症是指人体机表、经络因感受风、寒、湿、热等引起的以肢体关节及肌肉酸痛、麻木、重着、屈伸不利,甚或关节肿大灼热等为主症的一类病证。临床上有渐进性或反复发作的特点。主要病机是气血痹阻不通,筋脉关节失于濡养所致。痹症日久不愈,气血运行不畅日甚,瘀血痰浊久病入络。韩明亮[14]将此理论运用到肩周炎患者的治疗中,临床研究发现运用身痛逐瘀汤加减方结合放血疗法治疗僵硬期肩周炎患者的临床疗效优于常规牵伸疗法。

(5)精神心理性疾病:肝藏血,主疏泄,调畅气机,情绪过极最易致肝郁气滞,日久渐积化生痰浊瘀血,阻滞络脉,络脉不通而加重病理产物的堆积,互结扰神。宋婷[15]认为在宣阳开郁的基础上,加入化痰通络、清热通络、活血通络的药物能治疗难治性郁证。

4 “络病在表”和“久病入络”的机制

“络病在表”和“久病入络”理论看似矛盾,但临床都应用广泛。分析两种理论产生的机制,均是以人体生理结构为基础形成的,自成体系,并有效指导临床。

4.1 “络病在表”的机制

“络病在表”是由于络的位置相对表浅,所以正虚邪盛时,邪气首先侵袭络脉。

《素问·缪刺论篇》:“夫邪之客于形也,必先舍于皮毛,留而不去,入舍于孙脉,留而不去,入舍于络脉,留而不去,入舍于经脉,内连五藏,散于肠胃”,《素问·调经论篇》:“络之与孙络俱输于经。风雨之伤人也,先客于皮肤,传入于孙脉,孙脉满则传入于络脉,络脉满则输于大经脉”,都指出外邪侵袭人体时从皮毛到孙脉、络脉,最后传入经脉的传变顺序。《灵枢·百病始生》:“是故虚邪之中人也,始于皮肤……留而不去,则传人于络脉”,《金匮要略·中风历节病脉证并治第五》:“血虚则浮,络脉空虚,贼邪不泄”,都提出当人体正气虚弱络脉空虚时更容易引起邪气侵犯,且此时邪气不容易排出。《中风论·论奇经八脉》:“凡病,惟络病最轻,经病稍重,腑病又重,脏病最重。此审病轻重之大法”,直接指出络病为最轻。

疾病初起时,往往是络病先受邪。在络脉中邪正相争,正气不能驱邪外出时,才进而引起经病、腑病、脏病。邪在络脉未达经脉时病位浅,时间较短,此时运用调和营卫、疏风通络等治疗易取得良好的临床疗效。

4.2 “久病入络”的机制

“久病入络”是由于络脉细小,且络脉的血液运行较慢,所以久病引起体内血液运行异常时,容易引起络脉血液异常,就会产生络病。

叶天士《临证指南医案》中提出的“初病在经,久病入络,以经主气,络主血”“初为气结在经,久则血伤入络”是“久病入络”的主要理论依据,且指出了久病入络理论是因为久病影响了络脉的血液运行。

血与络的密切联系、经脉与络脉气血相互灌注,是血行异常可以引起络病的生理基础。《医门法律·申明内经法律》:“经脉行气,络脉受血,经气入络,络受经气,候不相合,故皆反常”,明确提出血可行于络脉中。《素问·调经论篇》:“病在脉,调之血。病在血,调之络”,明确指出络脉在治疗血症中的重要作用。《临证指南医案》:“凡经脉直行,络脉横行,经气注络,络气还经,是其常度”,指出在经脉和络脉相互交错形成的网络结构中经脉和络脉的气血可以相互灌注。《医门法律·络脉论》:“故曰:络盛则入于经,以营行经脉之中故也。然风寒六淫外邪,无形易入,络脉不能禁止,而盛则入于经矣。若营气自内所生诸病,为血为气,为痰饮,为积聚,种种有形,势不能出于络外。故经盛入络,络盛返经,留连不已”,则提出经病和络病可以相互转化。

久病引起血行异常时就会引起络血异常,络血异常又会进一步引起体内血液凝滞导致积聚等重症。《素问·举痛论篇》:“寒气客于肠胃之间,膜原之下,血不得散,小络急引故痛”,即当邪气深中膜原时可引起络脉血液凝涩,产生络病。“寒气客于小肠膜原之间,络血之中,血涩不得注于大经,血气稽留不得行,故宿昔成积也”,络脉血液凝滞不能注入经脉,使得体内血液运行不畅,形成恶性循环,最终形成积聚。《素问·八正神明论篇》:“月满而补,血气扬溢,络有留血,命曰重实”,则指出当经脉血液外溢入络时可产生络病。《灵枢·百病始生》:“卒然多食饮则肠满,起居不节、用力过度则络脉伤。阳络伤则血外溢,血外溢则衄血;阴络伤则血内溢,血内溢则后血。肠胃之络伤则血溢于肠外,肠外有寒,汁沫与血相抟,则并和凝聚不得散,而积成已”,指出内伤引起络伤时很容易出现出血和积聚等症。

血和络的关系密切,血行异常可产生络病,络病又可引起血行凝滞。当久病引起血行异常时,血液外溢入络或者经脉拘急引起络脉血液凝滞都可产生络病。久病导致络病时重视通络,可防止疾病继续发展。张仲景认为肝着、黄疸、水肿、痹症、虚劳等病都与络脉瘀阻有关,并首创活血化瘀通络法和虫蚁搜剔通络法[16]。叶天士提出“久病入络”理论,善用益气活络、养血通络、理气活络、化瘀通络之法,临床具体应用有宣透、熄风、化痰、解毒等通络方法[17]。现代临床运用“久病入络”的方法治疗偏头痛、恶性肿瘤、血管疾病、骨关节疾病、精神心理性疾病等都有显著疗效。

5 小 结

综上所述，“络病在浅”和“久病入络”理论都是在络脉的结构和生理功能上形成的，均具有重要的临床意义。疾病初起时由于络脉表浅所以络脉先产生病变，疾病日久病位较深时络脉血液运行异常也可引起络病。古代和现代都记载了很多与“络病在浅”和“久病入络”两种理论相关的疾病。其中初病多用调和营卫、疏风通络治疗，久病多活血理气、化瘀通络治疗，都取得了很好的疗效，所以临床上不管是初病还是久病都应该重视络脉的作用。

参考文献

[1] 蔡卫根，曹树琦，陈荷光.《黄帝内经》望络诊病探析[J].中华中医药学刊，2013，31(7)：1595-1597.

[2] 王永炎，常富业，杨宝琴.病络与络病对比研究[J].北京中医药大学学报，2005，28(3)：1-6.

[3] 孟泳，王凯丽.“初病在络”理论在治疗流行性感冒中的应用[C]//中国工程院医药卫生学部，中华中医药学会，世界中医药联合会，中国农村卫生协会.第十四届国际络病学大会，2018.

[4] 张伟，曹莲瑛，陈晞.针刺结合中药熏蒸治疗风寒袭络型周围性面瘫临床观察[J]新中医，2013，45(12)：136-138.

[5] 王志强，董林芳.刺络拔罐法治疗外感风寒头痛疗效观察[J].广西中医药，2017，40(1)：67-68.

[6] 李喜顺.祛风通络汤治疗慢性荨麻疹临床研究[J].中医学报，2016，31(4)：591-593.

[7] 李琰.“久病入络”与慢性偏头痛辨治[J].实用中医内科杂志，2018，32(9)：1-4.

[8] 王文娇.基于“久病入络”理论谈虫类药在肿瘤中的应用[J].长春中医药大学学报，2017，33(6)：917-919.

[9] 景菲，张伟.从“久病入络”论治特发性肺纤维化合并肺癌[J].长春中医药大学学报，2018，34(2)：267-270.

[10] 苏丽清.糖尿病心肌病从“久病入络”论治探讨[J].湖南中医药大学学报，2017，37(8)：838-841.

[11] 杨子庆.从“久病入络”探治未溃型糖尿病性足病[C]//中国中西医结合学会，中国医师协会.第2届中西医结合糖尿病足高峰论坛，2016.

[12] 仝志强，张慧贤.“久病入络”理论与膜性肾病的中医治疗[J].中国保健营养，2017，27(31)：150-151..

[13] 邵琳琳，丁元庆.从久病入络认识高血压脑梗死[C]//中华中医药学会，中国工程院医药卫生学部，中国中西医结合学会，世界中医药学会联合会，中国医师协会，中国农村卫生协会.第十届国际络病学大会，2014.

[14] 韩明亮.从“久病入络”论治肩周炎患者的临床观察[J].中医临床研究，2017，9(4)：54-56.

[15] 宋婷.从久病入络浅析难治性抑郁症[J].世界中西医结合杂志，2016，11(4)：457-459.

[16] 雷燕.络病理论探微[J].北京中医药大学学报，1998，21(2)：17-22.

[17] 王永炎，杨宝琴，黄启福.络脉络病与病络[J].北京中医药大学学报，2003，26(4)：1-2.

（收稿日期：2019-03-07 编辑：刘国华）

（上接第3页）体表局部-体表局部联系，发展到体表局部-五脏联系，而五脏咳理论正是局部-五脏相联系的一个体现。

《删繁方》中论述六极病咳嗽时保留了上述局部-五脏的联系，并更为详细地叙述了心、肝、脾、肾四脏在四时受邪的入路——脉、筋、肉、骨，从而将五脏咳又归类到“六极”之下。但从《删繁方》与《黄帝内经》五脏咳病因病机对比中发现，《删繁方》并无提及“寒饮食入胃”“内外合邪”这一病因病机，而强调为“风邪”所致，究其缘由，笔者有如下推测：其一，出于临床观察，由受风导致咳嗽的现象更为常见；其二，出于理论整合的需要；其三，“寒饮食入胃”强调的是寒邪，但从五脏咳的症状看来，并非都为寒证，也与用药不符，故舍去不谈；其四，《黄帝内经》肺咳原文“寒饮食入胃，从肺脉上至于肺，则肺寒，肺寒则外内合邪因而客之，则为肺咳”中出现寒气通过“肺脉”这一途径入肺，古人在解释疾病的传变与发生，常用到“脉”“络”等概念，《灵枢·经脉》曰：“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺……”，故用“肺脉”来解释寒饮食入胃而出现咳嗽这种现象。但经络理论中胃并未全都与五脏相联系，寒饮食入胃与其他五脏的入路并不清晰完整，无法解释如何与筋、脉、肉、骨外感邪气而“内外合邪”。

《删繁方》并没有将五脏咳作为单独的一类疾病进行论述，而将其归整到“六极病”的发生发展过程之中。而“六极病”多为感邪日久虚劳所致，结合原文中描述五脏咳症状的发生是由于“复感于邪”所致，这侧面说明了《删繁方》认为五脏咳所述的咳嗽是一种慢性咳嗽。《删繁方》为五脏咳增添了寒热虚实的辨证，基于病因病机及临床应用情况增补方药，并将其理论与《黄帝内经》中《痹论篇》《风论篇》等理论内容整合，也是对五脏咳论的一种继承与发展，也为后人研究古代中医理论的发展融合提供了思路和依据。

参考文献

[1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(2015)[J].中华结核和呼吸杂志，2016，39(5)：323-354.

[2] 黄帝内经·素问[M].田代华，整理.北京：人民卫生出版社，2018：75.

[3] 王焘.外台秘要方[M].北京：华夏出版社，1993：304.

[4] 神农本草经[M].吴普，述.孙星衍，孙冯冀，辑.北京：科学技术文献出版社，1996：29.

[5] 唐慎微.证类本草[M].北京：中国医药科技出版社，2011：212.

[6] 孙思邈.备急千金要方[M].北京：华夏出版社，2004：342.

（收稿日期：2019-03-10 编辑：刘国华）

引用:贾慧,钞建峰.中医心身相关理论在小儿情志病诊治中的应用[J].中医药导报,2019,25(24):11-13.

中医心身相关理论在小儿情志病诊治中的应用*

贾　慧[1],钞建峰[2,3]

(1.北京市西城区广外医院,北京　100053;
2.航天中心医院,北京　100049;
3.中国中医科学院博士后流动站,北京　100700)

[摘要]　从中医心身医学相关理论的视角出发,探讨小儿情志病的病因病机、发病特点、治疗原则及方法,认为小儿情志病以体质人格因素为内因,先天胎养、乳养不当及社会环境因素等为外因,内外因相互作用致过度的负性情绪刺激而发病。气机失调是核心病机,涉及五脏,又以肝风肝火为主;发病具有自身的特点;治疗以心身整体观为原则,以泻肝平肝为主,兼顾五脏虚实补泻,同时重视调摄鞠育,顺其意畅其情。

[关键词]　中医;心身疾病;情志病;小儿

[中图分类号]　R229　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0011-02

情志病相当于现代医学的心身疾病或精神障碍类疾病。随着社会的发展,小儿情志病发病率不断增加,尤其近年来留守儿童[1]和流动儿童[2]的增加又致使这一问题更加突出,有数据显示,儿童及青少年中精神障碍患病率达20%~30%,而且还有约50%的成人精神障碍始发于儿童或青少年时期。中医学认为,儿童或青少年期的心身问题,可能是导致成年后情志异常的重要诱因[3],小儿情志病的防治很有可能是降低心身疾病发病率的关键。中医学历来主张"形"与"神"之间的平衡,强调心与身为生命的统一体,心身相关理论贯穿了心身疾病防治的各个环节。以中医心身相关理论来认识小儿情志病的特性、病因病机和治疗,对临床诊治小儿情志病具有重要的指导作用。

1　中医心身相关理论概述

中医心身相关理论是以《易经》《道德经》中的朴素唯物主义哲学观为基础的,《易经》的天人合一思想以及刚柔思想[4]等都对中医学心身理论的起源及发展影响至深[5]。《黄帝内经》对天人合一思想进一步总结,即"形神合一,形与神俱"[6-7],构成了中医心身相关理论的核心思想。"形神合一"不但构成了中医学对整体观的重要认识,也是心身统一论的理论基础和概括总结[8]。当然,除心身观以外,《黄帝内经》还对情志病的病因病机和防治等方面均有较充分和系统的论述,包括"五脏情志论""心主神明论""七情致病论""体质致病论"等心身相关理论[9],为中医诊治情志病奠定了坚实的理论基础。后世医家将这些中医心身相关理论逐步发展并运用于防病治病。如张仲景在《伤寒杂病论》中对许多情志病进行了辨证论治;孙思邈进一步论述《内经》情志内伤理论;陈无择在"五志""九气"基础上提出中医的"七情"之说;刘完素提出了"六气皆能化火说"及"五志过极皆为热甚"的观点;朱丹溪的《格致余论》则提出"百病皆生于郁",创立了"六郁说"和越鞠丸、六郁汤等治郁名方;张景岳治疗情志之郁提出了当先辨虚实,后以三郁分治;赵献可认为"凡病之起,多由于郁",治疗上重视"木郁达之",甚主张"以一法代五法";另外,《古今医案按》《临证指南医案》等记载了大量情志病的医案,至今仍指导着情志病的临床。

2　小儿情志病的心身特点

2.1　病因病机　七情致损,五志内伤,而致情志之郁,这是中医学对情志致病内因的基本概括。七情五志为人之常性,正常情况下不会使人致病,只有在外界因素的作用下使情志刺激超过了一定的强度、时长和性质才会发病,故而情志异常是内外因相互作用的结果。小儿生理上表现为脏腑娇嫩、形气未充,又生机蓬勃,发育迅速,心理上表现为神气怯弱、心神不足,是其情志发病的体质因素,在受刺激后情志波动远较正常人显著,若小儿先天不足,其人格特点更为脆弱,也更易发病,这是与中医"形神观"相吻合的。先天胎养、乳养不当及家庭环境、父母教养、学校生活等社会环境因素是小儿情志病发病的外因,在内外因作用下使小儿经受突然的或长期的负性情绪刺激而发病。这些负性情绪常见的是惊恐、恼怒、郁怒、思虑过度等,如《小儿药证直诀》曰:"因闻大声或大惊而发搐"。《诸病源候论·小儿杂病诸候》曰:"惊痫者,起于惊怖大啼,精神伤动,气脉不定,因惊而发作成痫也。"万全在

*基金项目:中国博士后科学基金资助面上项目(2017M611123)
通讯作者:钞建峰,E-mail:doc_007@126.com

《育婴家秘》中言:“母娠时曾因惊悸,气传于子,子受气,生后频频发惊”,还认为小儿“初生性多执拗”,极易恼怒,“肝善怒,大叫哭”,而使“气动于内”。《幼科发挥》:“一儿半岁,忽日惨然不乐,昏睡不乳……此儿莫非有所思,思则伤脾,乃昏睡不乳也。”

小儿情志病病机的核心是气机失调,如《素问·举痛论篇》谓:“余知百病生于气也,怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,惊则气乱,思则气结。”五脏配五志,脏腑气机与情志变化密切相关,小儿情志病主要涉及肝、心、脾、肾,其中又以肝为核心。王孟英曰:“七情之病,必从肝起”,且小儿“肝常有余”,肝在志为怒,“怒多则肝病多”,多表现为肝气上逆或肝郁气滞等。《小儿药证直诀》曰:“惊为心病”,《幼科释谜》言:“小儿脏腑脆弱,易于惊恐,恐则气下,惊则心无所依,神无所归……但总与心主神明相关”,可见惊恐伤及心肾。又小儿为“少阳之体”,长期的忧思郁怒等阴性情志,首先伤肝,继伤心脾,久则伤肾,由最初的一脏发病而累及多个脏腑同时发病。

2.2 *发病特点* 小儿的生理心理特点决定了情志病发病有其自身的特点。(1)小儿情志随其生长发育具有由弱到强的规律,中医学阐述其为“变蒸学说”。《脉经》率先提出小儿变蒸的概念, 巢元方言:“小儿变蒸者, 以长血气也”,《幼科铁镜》指出:“变者变生五脏,蒸者蒸养六腑,长气血而生精神,益智慧也”。故而小儿情志发病在不同时期具有不同的特点,《幼科发挥》就认为:“方其幼也……必不免吐泻惊痟之病矣。及其长也,嗜欲既开,不能修养,是以六气逆侵于其外,七情交战于其中,百忧累其心,万事劳其神。”现代医学也从胎儿期、新生儿期、幼儿期、青少年期等不同阶段总结了其生理心理的异常。(2)小儿神气怯弱,智慧未充,易受情志刺激,兼之脏腑娇嫩,血气未充,对情志刺激的耐受性较成人更差,正如吴鞠通所言小儿“肌肤嫩,神气怯,易于感触”,若未加重视或治疗,则会导致脏腑气血失调而发情志病。另一方面,小儿情志所伤,不同于成人,多由于外因而诱发,外因通过内因而起作用。万全在《育婴家秘》中言:“小儿神气怯弱,心藏神,惊则伤神,肾藏志,恐则失志,大人皆然,小儿为甚也”,“有所喜者,乃戏而夺之,则怒而哭矣;有所畏者,乃戏而吓之,则恐而惊矣”,“夫失所喜者,畏则伤脾;遇所畏者,惊者伤心,因循而成痫”。(3)小儿“肝常有余”,禀少阳之气,肝主疏泄,性喜调达,情志条畅与否与肝气的疏泄密切相关。若小儿情志失常,则易动肝风,易从火化,必使肝气上逆或肝火上炎,而出现惊厥、痫证、烦躁、哭闹夜啼、小儿多动等症状。如叶天士就认为小儿“体属纯阳,所患热病最多……饮食停留、郁蒸变热、惊恐内迫、五志过极,皆阳”。

3 小儿情志病的心身同治

3.1 *以心身整体观为原则* 小儿情志病的治疗当以心身整体观为基本指导原则,既要认识到心身的整体联系,又要认识到心身的发展变化和对立统一,重视形神兼顾,治神与治形相结合,这是“形神合一”观在治疗中的体现。一方面,小儿心身的发育成长有其自身的特点,是充满着矛盾的整体运动,其生理上的病因与心理上的病因具有内在的联系,有共性也有其特殊性,治疗时应通过现象达于本质,审因论治,治病求本。另一方面,小儿心身在不断的发展变化,在各个阶段都有其不同的生理心理变化,临床治疗要着眼于其发展变化,防微杜渐。

3.2 *从肝论治为主,兼顾五脏虚实* 肝失疏泄、气机失调虽为小儿情志病的核心病机,但“小儿纯阳,热病居多”,钱乙提到“肝气有余,易生实变”,临证多见肝风、肝火为患,立五脏补泻之法,谓“肝有相火,则有泻无补”,他在《小儿药证直决》中说:“青者,肝热,泻青丸主之。”此方“治肝热搐搦,脉洪实”,《幼幼集成》言:“惟此方为幼科截风定搐之第一神方也。”清代汪昂亦曰:“五脏之中,惟肝常有余,散之即所以补之,以木喜条达故也。”

五脏化生五志,情志失调伤及五脏,小儿情志病亦非一脏之病,其病机关乎五脏,临证当辨五脏之虚实而立法处方。如钱乙治疗小儿抽动障碍[10],认为肝风内动为病机之核心,心肺之热和脾肾亏虚也为病变的重要因素,故其辨治当以五脏虚实为纲,确立五脏补泻之法,遣方用药,同时注重五脏因时施治。明代宋濂也说:“建为五脏之方,各随其宜。”程康圃在《儿科秘要》中总结了小儿五脏分证的“平肝、补脾、泻心”六字治法,对辨治小儿情志病也有很好的指导作用。

3.3 *重视调摄鞠育,顺其意畅其情* 吴鞠通在《温病条辨·儿科总论》中提到:“古称难治者,莫如小儿,名之曰哑科”,既说明了小儿疾病的难治,也提示了小儿心理干预有异于成人。相对于成人心理问题的复杂多变,小儿生活环境、生活事件较为单纯简单,且神志初长心智未熟,心理干预有其特殊性,传统的心理疏导方法如情志相胜法、言语开导法、移精变气法受到了限制,而应重视其情志调摄、教育修养以及非言语技术的运用。胎儿时期和婴幼儿时期是情志形成的基础阶段和关键时期,应重视先天胎养、乳养和教育;小儿情志不遂者,重在顺其意、畅其情。万全在《育婴家秘》中说:“儿在母腹中,藉母五脏之气以为养也,七情所伤,外感而内应。”《活幼口议》也言:“幼则顺其娇痴,长则变其情志,抚之乃常存其神,而知其体,育之乃安其形而调其性。”另外,也可辅之以现代医学倡导的儿童行为矫正、游戏疗法、艺术疗法等非言语治疗技术。

4 结 语

中医心身相关理论源远流长、内容丰富,其核心思想在于“形神合一”论,重视情志、体质、环境等与疾病的关系,形成了独特的心身医学理论体系。现代社会小儿情志病不断增多,而中医心身相关理论临床诊疗丰富的认识和实践经验,为现代诊治和预防小儿情志疾病带来裨益。同时,发挥中医对小儿情志疾病诊疗的特色和优势,也将会促进中医理论的充实和发展。

参考文献

[1] 巫鑫辉,李娜,岳广欣.留守儿童身心健康问题与中医理论认识[J].世界中西医结合杂志,2016,11(8):1170-1172.

[2] 李越,马智群,张澜.流动儿童受歧视知觉对抑郁症状的影响:社会支持和孤独感的中介作用[J].现代预防医学,2018,45(5):832-834.

引用:沈曼娜,李永浩.从“阳化气,阴成形”理论探讨“炎-癌转化”学说[J].中医药导报,2019,25(24):13-14,17.

肿 瘤

从“阳化气,阴成形”理论探讨“炎-癌转化”学说

沈曼娜[1],李永浩[2]

(1.广州中医药大学第一临床医学院,广东 广州 510006;
2.广州中医药大学第一附属医院,广东 广州 510405)

[摘要] 通过论述“阳化气,阴成形”理论,从阳不化气与不可控炎症及阴凝成形与肿瘤两方面分析“炎-癌转化”学说,并结合既往学者对癌前病变及肿瘤的治疗经验,提出基于“阳化气,阴成形”理论的肿瘤预防与治疗思路,以期为中医药干预“炎-癌转化”提供理论依据。

[关键词] 阳化气;阴成形;炎-癌转化;中医药

[中图分类号] R273 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2019)24-0013-02

1863年德国病理学家Rudolf Virchow发现肿瘤组织中存在白细胞,并推测肿瘤发展源于慢性炎症,由此提出“炎-癌转化”学说[1]。随后,对肿瘤炎性微环境的研究进一步支持该学说,并以此对肿瘤的预防和治疗产生影响。中医学以整体观为核心,对肿瘤的理解有其独特的一面。《黄帝内经》“阳化气,阴成形”理论与现代医学“炎-癌转化”学说不谋而合,本文将从“阳化气,阴成形”理论探讨“炎-癌转化”学说,以期为中医药干预“炎-癌转化”过程提供理论支持。

1 “炎-癌转化”学说概述

自Rudolf Virchow发现肿瘤组织中存在白细胞,提出肿瘤发展源于慢性炎症后,不到1个世纪时间,Dvorak发现肿瘤与炎症具有相似的发展机制,例如增殖、细胞迁移、血管生成等,并提出“癌症是不愈合的伤口”,认为长期的慢性炎症状态促进肿瘤的发生发展[2-3]。

一般情况下,炎症可在人体自身调节或者药物作用下消退。适度的炎症是一种生理过程,反映身体的防御反应,可激起人体的免疫功能,对人体有一定的保护作用。19世纪末,Coley曾利用这一机理,创造了“Coley毒素”,诱发炎症反应刺激机体免疫系统,抑制肿瘤生长[4]。这种短期的炎症反应被称为可控性炎症。若炎症反应持续存在于机体某部位,细胞因子、趋化因子及炎症细胞的代谢产物持续作用于局部组织细胞,可打破其损伤修复平衡,导致癌症的发生,这种持续性的炎症反应被称为不可控性炎症[5]。

“炎-癌转化”主要存在于不可控性炎症过程。一方面,持续的炎症反应,使活化的白细胞释放过多活性氧(ROS)和活性氮(RNS),导致细胞DNA损伤和基因组不稳定,为细胞突变提供条件。另一方面,慢性炎症在改变血管通透性的同时,也改变内皮细胞基因表达谱,主要是血管内皮生长因子(VEGF)的上调,导致内皮细胞活化,促进新生血管生成,为局部细胞增殖提供养分。而局部微环境中聚集的细胞因子、趋化因子则通过多种通路促进细胞的异常增殖跟转移,如转录因子NF-κB、信号转导和转录激活因子3(STAT3)是“炎-癌转化”信号通路上的关键分子;转化生长因子β(TGF-β)诱导上皮

通讯作者:李永浩,E-mail:lzlyh222@21cn.com

[3] 杨苾,史亚飞,郭丽丽,等.小儿情志异常源流与“肝常有余”探讨[J].中华中医药杂志,2017,32(11):4808-4811.
[4] 钞建峰,贾慧,赵志付.《易经》刚柔思想在中医学中的发挥及临床应用[J].时珍国医国药,2017,28(3):657-659.
[5] 钞建峰,贾慧.刚柔辨证学说的内涵及在心身疾病诊治中的临床应用[J].中华中医药杂志,2018,33(3):966-968.
[6] 黄健,郭丽娃.张景岳中医心身医学思想辨析[J].中国中医基础医学杂志,2005,11(2):153-155.
[7] 颜红,纪宇.心身医学与中医“形神合一”论[J].天津中医药,2016,33(5):285-287.
[8] 王庆其.《黄帝内经》文化专题研究[M].上海:复旦大学出版社,2014:88-94.
[9] 郭显英,李兆健.《黄帝内经》心身相关问题研究进展[J].上海中医药大学学报,2015,29(6):83-86.
[10] 贾慧,钞建峰.钱乙五脏辨证思想在抽动障碍中的运用[J].中医学报,2018,33(11):2141-2144.

(收稿日期:2018-12-09 编辑:罗英姣)

细胞-间充质转化(EMT),促进肿瘤细胞侵袭和转移[3-5]。总之,这种不可控性的炎症微环境从基因突变及表达、局部新生血管形成和细胞异常增殖及转移等方面促进肿瘤的生成和发展。

2 "阳化气,阴成形"理论概述

中医理论中的"阴阳"源于中国古代哲学。《易经》曰:"易有太极,是生两仪。"即阴阳由气所生,乃气的两个方面,彼此对立统一、消长转化。《黄帝内经》基于此理论,言"阳化气,阴成形",对气分阴阳这一特性作出高度概括。张介宾《类经》注:"阳动而散,故化气。阴静而凝,故成形。"杨上善《黄帝内经太素》言:"阴阳化起物气,以阳为父,故言阳也;阴阳共成形于阴,以阴为母,故言阴也。"李中梓《内经知要》曰:"阳无形,故化气;阴有质,故成形。"高世栻《素问直解》注:"阴阳者,变化之父母,故阳化气,阴成形,言阳化而为气,阴变而为形。"历代医家对此语注解基本一致。"阳化气"是指气向上、向外时,弥散而无形的功能状态;"阴成形"是指气向下、向内时,凝聚而成形的功能状态[6]。

"阳化气,阴成形"是阴阳生理功能的概括。"阴平阳秘,精神乃治",阴阳平衡,阳能化气,阴能成形,形神具备。若"阴胜则阳病,阳胜则阴病",阴阳对立制约失衡,阴阳功能状态受影响,可使阳化气太过或阳化气不足,阴成形太过或阴成形不足,进而"无以生长壮老已""无以生长化收藏",导致疾病发生[7]。

3 "阳不化气,阴凝成形"与"炎-癌转化"

古代医书中对肿瘤描述为"瘤""岩""癥瘕""积聚"等。《说文解字》云:"瘤,肿也。流聚而生肿也。"《灵枢·百病始生》言:"积之始生,得寒乃生。"阳化气不足,气、血、津、液运化不畅,局部酿生痰、瘀、毒,日久聚而成形,则癌瘤生。局部不可控性炎症使细胞因子、趋化因子、炎性细胞及其代谢产物聚于局部,形成炎性微环境,促使局部组织细胞癌变成瘤。笔者认为,这两者具有相似的发生发展过程,推测阳化气不足导致机体正常炎症反应发展成不可控炎症,使局部形成炎性微环境,即气、血、津、液的病理积聚,进而导致阴凝成形,肿瘤的发生。

3.1 阳不化气与不可控炎症

《素问·生气通天论篇》云:"阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰",指明具有温化作用的阳气是人体生命活动的主宰。若阳气不足,阳不化气,人体正常生命活动难以正常维持,寿命缩短。这如同人体的免疫功能,具有免疫防御、免疫自稳、免疫监视等作用,能确保机体生长代谢活动正常进行,若免疫功能受损,导致人体防御能力低下、自身维护功能及监视力度不足,导致疾病发生。

气血津液作为人体重要的基本物质,靠阳气的推动和气化,上输于脾、上归于肺、淖泽注于骨、补益脑髓、润泽皮肤,起到濡养五脏六腑、四肢关节的作用。阴平阳秘,气血津液周流全身,环周不休,无以化生有形阴邪。若机体受外感、内伤,阴阳失衡,阳不化气,气血津液气化不足,积聚于局部,化生有形阴邪痰、瘀[8]。除了痰瘀之阴邪,国医大师周仲英提出癌毒学说,认为邪气蓄积体内,过盛而为毒[9]。阳不化气,毒郁积体内,气机运行不畅,与痰、瘀搏结,化生痰毒、瘀毒。痰、瘀、毒聚于局部,构成局部微环境,进一步阻滞气血运行。病原体或机体组织损伤,诱导局部发生炎症反应,当机体损伤修复平衡时,即阴平阳秘时,炎症反应可适当诱发机体免疫反应,达到修复目的。当机体损伤修复平衡被打破时,即阴阳失衡、阳不化气时,修复功能不足,局部持续诱发产生细胞因子、趋化因子,诱使炎性细胞大量聚集于局部,这种不可控性炎症产生的细胞因子、趋化因子、炎性细胞及其代谢产物构成局部炎性微环境。

3.2 阴凝成形与肿瘤

无阳阴无以化生,痰、瘀、毒等阴邪聚于局部,虚实夹杂;阴胜则阳病,阴邪进一步损伤机体阳气,如此循环反复,痰瘀毒互结渐成癥瘕、积聚,本虚标实。炎性微环境中的细胞因子、趋化因子、炎性细胞及其代谢产物犹如痰瘀毒,聚于机体局部,诱导细胞基因突变、异常增生,促进血管形成,进一步营养局部恶化细胞,如此循环反复,最终形成肿瘤。肿瘤的发生是量变到质变的过程。"炎-癌转化"是机体阴阳失衡的渐进过程,阳化气不足是因,终致阴凝成形。

4 "阳化气,阴成形"与肿瘤的防治

不可控性炎症发生早期,如慢性萎缩性胃炎、慢性病毒性肝炎、溃疡性结直肠炎、人乳头瘤病毒(HPV)感染性宫颈炎等,西医治疗采取抗炎、抗病毒等治疗,可一定程度上防止癌变。而中医学有着独特的理论体系,提倡辨证论治。在阳不化气早期,痰、瘀、毒始结,以虚实夹杂为主,治疗应采取扶正与化痰散结、活血化瘀、清热解毒共施,可防止机体局部气血津液代谢进一步紊乱,防止癥瘕积聚发生。袁嘉嘉等[10-11]以慢性萎缩性胃炎为例,认为正虚是"炎-癌转化"的内在因素,外感邪气、七情内伤、饮食失调、劳倦损伤是其病因,治疗上提倡益气活血、清热化湿为法。国医大师张琪认为慢性乙型肝炎的基本成因是正虚邪恋,提倡调理脾胃、补益肝肾、燮理气血为主,辨证论治兼以清热化湿解毒[12];叶柏认为脾肾两虚是溃疡性结肠炎发病之本,湿热血瘀是其发病指标,提倡健脾温肾、清热化湿活血[13];李光荣认为肝肾阴虚、气血两虚是HPV感染性宫颈炎发病之本,肝郁气滞、湿毒蕴结是其发病之标,提倡健脾益气补血、补益肝肾为法,兼以清热解毒、活血散结[14]。综上可见,对于慢性萎缩性胃炎、慢性病毒性肝炎、溃疡性结肠炎、HPV感染性宫颈炎等癌前病变多以脾肝肾亏虚为本,痰、瘀、毒为标,提倡扶正祛邪以助阳化气,防止阴邪进一步结聚成癥瘕,预防癌瘤发生。

当疾病恶化,变生肿瘤,西医治疗以手术、放疗、化疗等为主,防止肿瘤进一步发展威胁生命。而中医学提倡整体观念,认为人是一个有机整体,治病必求于本。若阳化气不足,痰、瘀、毒等阴邪渐长,日久结聚成癥瘕,以本虚标实为主,治疗上应"求于阴阳""谨察阴阳所在而调之,以平为期",辨证论治兼以化痰散结、活血化瘀、清热解毒。刘晓莹等[15]认为肺癌患者应辨证论治,以阴阳平衡为基点,扶阳抑阴,选用温阳药物助阳化气,以期达到阴平阳秘,抑制肿瘤的目的。赵希忠等[16]认为正邪斗争日久、邪盛正衰而发肿瘤,正衰为本,治疗应当重视培补阳气,蒸解寒凝,提倡直肠肿瘤治疗应以培补脾肾之阳为主,助阳化气,温化有形之阴邪。胡文斌等[17]认为对骨肿瘤的防治,可通过服用温热药物或练(下转第17页)

引用:林波,代喜平,梁冰,李达.梁冰固本澄源法辨治微量残留白血病[J].中医药导报,2019,25(24):15-17.

梁冰固本澄源法辨治微量残留白血病*

林　波[1],代喜平[2],梁　冰[2],李　达[2]
(1.广州中医药大学第二临床医学院,广东　广州　510000;
2.广东省中医院,广东　广州　510120)

[摘要]　总结梁冰以固本澄源法辨治微量残留白血病经验。梁冰认为微量残留白血病之病机为正虚未复,余毒未清,治当扶正与祛邪并重,临床上构思了固本澄源思路,并以自拟参芪杀白汤为主方辨治本病,以期增强机体免疫功能、控制残留、防止白血病复发,从而改善患者的生存质量。在白血病的维持治疗阶段应用固本澄源法,病证结合,灵活用药,常获佳效。

[关键词]　微量残留白血病;固本澄源;参芪杀白汤;名医经验;梁冰
[中图分类号]　R249.2　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0015-03

微量残留白血病(minimal residual leukemia,MRL)是指白血病患者经过诱导化疗或造血干细胞移植治疗后,按照目前所确定的疗效标准取得完全缓解后,体内残存微量白血病细胞(10^9以下)的状态[1]。白血病在治疗过程中容易复发,其根源就来自体内残存的微量白血病细胞。具有增殖和生存优势的白血病细胞在人体内潜伏,当机体免疫力下降的时候就会大量增殖,导致疾病复发。现代医学将MRL作为复发危险度判断指标,中医学并无微量残留白血病之概念,根据其临床特点,可归属于"虚劳""髓毒"等范畴。

梁冰,教授,主任医师,博士生导师,中国当代名老中医,享受国务院特殊津贴,全国中医血液专病医疗中心主任,中华中医药学会血液病专业委员会名誉主任委员,从事中医血液病临床、教学、科研工作50余年,积累了丰富的临床经验。根据疾病特点,梁冰强调微量残留白血病治当以"固本澄源"理论为指导思想。笔者有幸跟师梁冰,学习期间深感固本澄源辨治理论之精辟,故将经验总结如下,以飨同道。

1　固本澄源思想渊源

"固本澄源"来源于古代哲学思想。《晋书·文苑传·伏滔》记载:"令之有渐,轨之有度,宠之有节,权不外授,威不下黩,所以杜其萌际,深根固本,传之百世。"意为使根基深厚牢固。《晋书·武帝纪》言:"思与天下式明王度,正本清源。"意指澄清源头。唐代魏征所著《谏太宗十思疏》亦言:"求木之长者,必固其根本,欲流之远者,必浚其泉源。"意思是想要树木生长一定要稳固它的根,想要泉水流得远一定要疏通它的源泉。固本澄源思想的提出本为治国所需,后经过历代中医大家在实践中不断发展和完善,逐渐在防治疾病方面发挥越来越重要的作用。如林洪生、司徒仪等[2-4]将其分别运用到恶性肿瘤和妇科子宫内膜异位相关性疾病的治疗中,每获良效。

梁冰结合中医药治疗疑难杂病的优势特点,将固本澄源思想引入到白血病的治疗当中,进一步丰富和发展了中医药辨治血液疾病的理论内涵和学术思想。梁冰常以自拟"参芪杀白汤"作为主方,近年来针对5例急性髓系白血病患者予本方加减巩固维持,其中4例生存10年以上,1例3年后复查骨髓残留阳性,目前随访未见骨髓和血液学复发。

2　固本澄源法辨治微量残留白血病

梁冰认为白血病初起之病因或因先天禀赋不足,或因后天外感、劳倦或情志等所伤,渐致脏腑气血亏虚,瘀毒内生。患者在经过高强度治疗后常呈现一派正气亏虚之象,加之邪毒伏于骨髓,伤及精血,引起血瘀,瘀毒内蕴,发为本病。本病基本证型为气阴两虚,瘀毒内蕴,病位在脾肾,病性总属本虚邪实。

应用现代医疗手段如联合化疗、骨髓移植等治疗虽可缓解白血病,但是由于残留白血病细胞未得以彻底杀灭而逐渐增殖,加之患者体虚、正气不足,故易使疾病复发。因此治疗应遵循固本澄源的基本原则,其中尤以固本为主,佐以澄源,从而控制残留,避免复发。方选自拟参芪杀白汤,以扶助正气,清除余毒。常用药包括黄芪30 g,党参30 g,三七10 g,天冬15 g,茯苓15 g,莪术10 g,红景天12 g,黄芩10 g,白花蛇舌草10 g,山慈菇15 g,女贞子10 g,墨旱莲10 g,锁阳15 g,全蝎5 g,僵蚕5 g,灵芝5 g等。全方以扶正为主,扶正与祛邪并用,共奏固本澄源之效。

2.1　*固本为主*　梁冰认为白血病诱导化疗阶段攻伐太过,极易伤及正气,正虚则不能制邪,使癌毒更易复发。现代医学已认识到免疫监视功能低下是肿瘤复发的重要原因。因此治疗

*基金项目:广东省名老中医药专家传承工作室建设项目(粤中医办函[2017]209号)
通讯作者:李达,E-mail:lidahys@163.com

本病当以扶助正气、稳固根本为主，以期增强患者的免疫功能。“正气内存，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”，正气乃人体抵抗疾病和康复的基础。正气充足，则御邪有力；正气亏虚，则内伏之邪伺机引发。故微量残留白血病阶段，积极介入中医药治疗扶助正气、清解余毒对于减少化疗副作用及防止复发至关重要。

急慢性白血病完全缓解后患者常呈现面色少华、倦怠乏力、反复低热、头晕耳鸣、食少纳呆、腰膝酸软、自汗盗汗、舌淡苔少、脉弦滑细等一派气阴不足、脾肾亏虚征象，故治当以益气养阴、培补脾肾为主。本病所施参芪杀白汤重用黄芪、党参补益元气，意在气旺则血行，瘀去则新生；辅以黄芩、天冬清热养阴，茯苓健脾益气，女贞子、墨旱莲、锁阳补益肾精。诸药合用，以求益气养阴，扶正固本。

2.2 澄源并用 固本乃本病的主要治法，然本病的复发根源来自于内蕴邪毒，倘若一味施用补法而忽视祛除内伏之邪，一旦人体免疫功能下降，则残留的白血病细胞会死灰复燃，卷土重来，造成白血病复发。梁冰认为邪毒内蕴贯穿疾病始终，所以不仅需要扶助正气，还要兼顾“澄源”，即清除余毒[5]。在微量残留病阶段患者常表现出口干喜饮、五心烦热、口腔溃疡、皮下瘀斑、便干尿黄等症，法当清热解毒、活血化瘀。方中莪术、三七、红景天活血化瘀；灵芝、山慈菇、白花蛇舌草等抗癌解毒；虫类药如全蝎、僵蚕等以达血分，化瘀解毒[6]。此外，梁冰常配合口服安脑丸、八宝丹治疗本病。安脑丸、八宝丹多由人工牛黄、猪胆汁粉、朱砂、冰片、雄黄、石膏、黄芩、薄荷脑等中药组成，以增强清热解毒之功。现代研究发现中医药可通过调节人体免疫功能、抑制癌细胞的浸润及转移、诱导癌细胞的凋亡和分化等机制从而达到治疗癌症的作用[7]，而这恰恰与“澄源”的思想内涵相契合。

3 验案举隅

患者，男，40岁，2015年6月17日初诊。主诉：确诊急性髓系白血病8个月余，化疗6个疗程后。缘患者2014年10月出现尿血，伴发热、疲劳乏力、胸闷、活动后气促，于当地医院查血常规示：白细胞（WBC）67.8×10⁹/L，血红蛋白（Hb）71g/L，血小板（PLT）10×10⁹/L。当地医师考虑“白血病”可能，建议转上级医院系统诊治。遂转入我院完善相关检查，外周血细胞分类：白细胞数量增高明显，原幼细胞占70%，部分原始细胞可见棒状小体（Auer小体）；骨髓形态学：骨髓增生明显活跃，可见72.5%原始粒细胞，考虑急性粒细胞白血病（AML）（M2可能）；免疫分型：原始细胞分布区域可见异常细胞群体，约占有核细胞的54.5%，主要表达HLA-DR、CD13、CD15、CD33、CD34、CD58、CD117、MPO，考虑急性髓系白血病；染色体核型未见异常；AML预后相关基因突变定量检测：WT1 2.89×10⁶，FLT3-ITD、NPM1、CEBPA突变阴性。综合病史、临床表现及辅助检查结果，AML-M2（WT1阳性）诊断明确。发病至2015年5月已完成2个疗程标准DA方案化疗[柔红霉素（DNR）：100 mg/次，1次/d，第1~3天；阿糖胞苷（Ara-c）：180 mg/次，1次/d，第1~7天]及4个疗程中剂量Ara-c巩固治疗（1.8 g/次，1次/12 h，第1、3、5天）。治疗期间完善骨髓穿刺检查，结果提示完全缓解（CR）。2015年6月5日复查血液肿瘤免疫分型结果：在CD45/SSC点图上设门分析，原始-髓系前体区域细胞约占有核细胞的1%。PCR检测WT1基因提示阳性。

刻诊：患者面色少华，乏力气短，自汗盗汗，时有畏寒肢冷，平素易感，纳食睡眠尚可，二便调；舌淡暗苔薄白，脉沉细数。查体：胸骨无压痛，浅表淋巴结未扪及肿大，肝脾肋下未及。门诊血常规示：WBC 5.08×10⁹/L，HB 107 g/L，PLT 209×10⁹/L。西医诊断：微量残留白血病（MRL）。中医诊断：虚劳（气阴两虚，瘀毒内蕴）。以固本澄源为总则，治以益气养阴，解毒化瘀，方用参芪杀白汤加减。处方：黄芪40 g，党参20 g，莪术10 g，黄芩10 g，山慈菇10 g，白花蛇舌草10 g，天冬20 g，制首乌20 g，黄精20 g。15剂，1剂/d，水煎服，分2次服。配合口服安脑丸，1丸/次，2次/d；八宝丹，1丸/次，2次/d。

2诊：2015年7月15日，患者自诉7月8日发热2 d，当时体温最高39 ℃，伴咳嗽咳痰，予抗生素治疗后病情好转，现无发热，偶有咳嗽咯痰、流黄涕，少许乏力气短，无胸闷气促；舌暗苔白，脉沉滑细。查体未见胸骨压痛，肝脾肋下未及。血常规示：WBC 6.15×10⁹/L，HB 115 g/L，PLT 249×10⁹/L。予黄芪减量至10 g，加夏枯草10 g，玄参20 g，生地黄20 g，北沙参20 g。20剂，服法同前。并予口服胸腺肽肠溶片，15 mg/次，3次/d。

3诊：2015年9月11日，现无发热，无咳嗽咯痰，无鼻塞流涕，乏力气短较前改善。血常规：WBC 6.85×10⁹/L，HB 125 g/L，PLT 219×10⁹/L。处方：黄芪30 g，三七10 g，西洋参10 g，红景天12 g，生地黄20 g，黄芩10 g，莪术10 g，山慈菇10 g，夏枯草20 g，天冬20 g，北柴胡10 g，炙甘草10 g。15剂，服法同前。

4诊：2015年10月16日，患者乏力气短较前明显改善，纳眠可，小便可，大便干结难解；舌淡暗苔薄白，脉沉滑细。复查血常规：WBC 6.20×10⁹/L，HB 120 g/L，PLT 165×10⁹/L。效不更方，予原方加火麻仁10 g。15剂，服法同前。

此后患者坚持每月门诊就诊，用药随证加减。2016年8月24日复诊：患者无特殊不适，复查血常规：WBC 6.47×10⁹/L，HB 127 g/L，PLT 233×10⁹/L。治疗可循前方加减，拟原方加用白花蛇舌草20 g，灵芝10 g。2018年10月19日来诊，血常规示：WBC 5.65×10⁹/L，HB 121 g/L，PLT 157×10⁹/L。处方：黄芪30 g，三七10 g，莪术10 g，黄芩10 g，竹节参10 g，灵芝10 g，全蝎5 g，天冬10 g，蛇梅10 g，女贞子10 g，墨旱莲10 g，甘草10 g。15剂，用法同前。

患者发病至今3年余，经治疗后乏力气短已获缓解，易感体质得以明显改善，多次复查血常规均波动在正常范围内，复查WT1基因持续低表达。随访至今未出现白血病复发，生活质量提升明显。

按语：本案患者因先天禀赋不足，加之劳倦体虚，邪毒趁机内侵，渐致脏腑虚损，气血阴阳失调，瘀毒内生。气血亏虚，故见面色少华、疲倦乏力；病程迁延日久，耗气伤血，御邪无权，故平素易感。舌淡暗苔薄白，脉沉细数皆属气阴两虚，瘀毒内蕴之象。总以本虚为主，癌毒伏于髓内。治以固本澄源为总则，以益气养阴、解毒化瘀为法。处方以梁冰自拟参芪杀白汤加减。方中黄芪、党参益气扶正；黄芩、天冬清热养阴；莪术、田七、红景天活血化瘀；女贞子、墨旱莲滋阴止血，补益脾肾；加用抗肿瘤中草药，如灵芝、山慈菇、白花蛇舌草、全蝎等

以期达到更好的治疗效果。若食少纳呆加陈皮、佛手；衄血或紫癜加仙鹤草、侧柏炭；大便秘结加大黄、火麻仁；痰瘀互阻者加半夏、夏枯草。全方以扶正为主，扶正与祛邪并用，共奏固本澄源之效。2诊时，患者不慎外感，梁冰认为此乃久病致虚，致使气血阴阳虚衰，肺卫不固则易受外邪侵犯，因此当以解表为要，加夏枯草、玄参、生地黄清热解毒，北沙参润肺化痰，并口服胸腺肽肠溶片增强免疫。3诊以后患者外感已愈，故治法仍以扶正固本为主，酌情加抗癌解毒方药。

4 结 语

白血病发病机制复杂，现代治疗效果仍不够满意，尤其在远期疗效方面，如何减少复发、延长患者生存期、提高患者生存质量是治疗的难点。梁冰根据本病以正虚未复为主，兼夹余毒未清之病机，将固本澄源思想引入到本病的治疗中，目的在于提升患者免疫功能，控制残留，避免复发。长期的临床实践及研究成果证明此法对于改善患者生存质量、维持无病生存状态效果明显。固本澄源法辨治微量残留白血病不仅仅使患者临床获益，也推动了中医药治疗血液疾病的理论创新和学术发展。

参考文献

[1] 张之南，郝玉书，赵永强，等.血液病学[M].2版.北京：人民卫生出版社，2003：803-812.

[2] 林洪生."固本清源"治疗肿瘤[J].中国中医基础医学杂志，2016，22(1)：26-27.

[3] 于会勇，王学谦，李麒，等.林洪生"固本清源"思想在肺癌治疗中的应用[J].中国中医药信息杂志，2016，23(10)：107-109.

[4] 郑玮琳，许明桃，曹立幸，等.司徒仪教授从"固本澄源"治疗子宫内膜异位性疾病相关血证经验举要[J].时珍国医国药，2018，29(2).445-447.

[5] 梁冰，李达.专科专病名医临证经验丛书：血液病[M].2版.北京：人民卫生出版社，2008：114.

[6] 代喜平，梁冰.应用虫类药物治疗真性红细胞增多症初探[J].浙江中西医结合杂志，2012，22(7)：519-520.

[7] 孙阳，周钱梅，苏氏兵.中药配伍对癌症治疗的研究进展[J].世界中西医结合杂志，2015，10(10)：1476-1480.

（收稿日期：2019-01-05 编辑：刘国华）

（上接第14页）习导引术来提升阳气，增强阳化气功能，加速气的弥散，预防气的凝聚，抑制阴成形，以达到抑瘤目的。综上可见，若癌瘤已成，多属正虚邪盛，正虚为本，提倡温化阳气，调动阳化气功能，以抑制阴凝成形。

5 小 结

"炎-癌转化"学说的具体机制尚未完全明确，但学术界现已普遍认同不可控性炎症是肿瘤发生、发展的关键因素，尤其是慢性萎缩性胃炎、慢性病毒性肝炎、溃疡性结直肠炎、慢性HPV感染性宫颈炎等癌前病变。中医学"阳化气，阴成形"理论是对阴阳的高度概括，对多种疾病的诊治具有指导意义，在干预"炎-癌转化"方面也有一定的优势。但目前对于中医药干预"炎-癌转化"的研究尚停留在个人经验阶段，缺乏可靠的临床数据支撑。相信随着中医药临床试验的进一步开展，中医药干预"炎-癌转化"会得到充分的循证医学证据，为肿瘤的防治提供支持。

参考文献

[1] BALKWILL F, MANTOVANI A. Inflammation and cancer: back to Virchow?[J].Lancet，2001，357 (9255)：539-545.

[2] DVORAK H F. Tumors: wounds that do not heal. Similarities between tumor stroma generation and wound healing[J].N Engl J Med，1986，315(26)：1650-1659.

[3] DVRAK H F. Tumors: wounds that do not heal-redux [J].Cancer Immunol Res，2015，3(1)：1-11.

[4] KORNILUK A, KOPER O, KEMONA H, et al. From inflammation to cancer[J].Ir J Med Sci，2017，186(1)：57-62.

[5] 张桂贤，刘洪斌，刘大卫.非可控性炎症与肿瘤相关性研究[J].中国中西医结合外科杂志，2015，21(2)：197-201.

[6] 李正富.对"阳化气，阴成形"含义的探讨[J].浙江中医学院学报，2004，28(6)：10.

[7] 孟春芹，王瑞平."阳化气，阴成形"与中医肿瘤关系探究[J].长春中医药大学学报，2016，32(6)：1174-1176.

[8] 蓝姝，郑川，祝捷，等.基于"津液"论炎-癌转化[J].中国中医基础医学杂志，2018，24(5)：614-615，619.

[9] 庞莉，袁刘，葛信国.肿瘤炎性微环境与中医阴阳平衡的关系[J].中医杂志，2018，59(21)：1832-1835.

[10] 袁嘉嘉."炎—癌转化"的病因病机及防治策略研究[D].南京：南京中医药大学，2016.

[11] 袁嘉嘉，顾超，孙志广，等."炎—癌转化"的病因病机——以慢性萎缩性胃炎为例[J].长春中医药大学学报，2018，34(4)：624-626.

[12] 姜德友.国医大师张琪治疗慢性乙型肝炎学术经验[J].辽宁中医杂志，2013，40(8)：1505-1510.

[13] 石俊，叶柏.叶柏教授治疗溃疡性结肠炎临床经验[J].实用中西医结合临床，2013，13(6)：71-73.

[14] 郭永红.李光荣教授治疗宫颈癌前病变及宫颈癌的经验[J].中华中医药杂志，2013，28(10)：2967-2969.

[15] 刘晓莹，王英，张伟.从"阳化气，阴成形"论治肺癌[J].辽宁中医药大学学报，2017，19(2)：90-92.

[16] 赵希忠，杨向东，贾英田."阳化气，阴成形"理论对直肠肿瘤治疗的指导意义[J].现代中西医结合杂志，2012，21(21)：2359-2360.

[17] 胡文斌，张华，宋敏."阳化气，阴成形"理论为骨肿瘤防治提供新思路[J].西部中医药，2015，28(8)：51-53.

（收稿日期：2019-01-09 编辑：刘国华）

引用:杜秀婷,刘鹏,刘柏,林海雄,李柳宁.原发性支气管肺癌中医证型与病理类型的相关性研究[J].中医药导报,2019,25(23):18-21,25.

原发性支气管肺癌中医证型与病理类型的相关性研究*

杜秀婷[1],刘　鹏[2],刘　柏[3],林海雄[4],李柳宁[3]

(1.广州中医药大学第二临床医学院,广东　广州　510405;
2.北京中医药大学深圳医院,广东　深圳　518100;
3.广东省中医院大学城医院,广东　广州　510006;
4.广州中医药大学第一临床医学院,广东　广州　510405)

[摘要]　目的:探索原发性支气管肺癌病理类型与中医证型的相关性。方法:以"肺癌""病理""证"为关键词,从CNKI、万方、CBM、Pubmed、Embase、Cochrane数据库检索原发性支气管肺癌病理类型与中医证型相关性的前瞻性研究,确立肺癌中医基本证型,使用确切概率法分析中医证型与病理类型的关系。结果:最终纳入文献共7篇,共1075例患者,肺腺癌占48.7%,肺鳞癌占34.4%,小细胞癌占4.2%,大细胞癌占3.7%。中医证型主要为气虚证(22.1%)、气阴两虚证(17.5%)、阴虚热证(13.3%)、肺阴虚(12.7%)、气滞血瘀证(12.6%)等。其中腺癌与鳞癌、大细胞癌,以及小细胞癌与大细胞癌间的中医证候分布差异有统计学意义($P<0.01$),鳞癌与大细胞癌间的中医证型分布差异有统计学意义差异($P<0.05$)。结论:原发性支气管肺癌病理类型与中医证型是相关的,不同病理类型之间中医证候分布存在一定的差异;原发性支气管肺癌以气虚和阴虚为本,腺癌兼化热;鳞癌气滞血瘀证亦较多;小细胞癌易出现痰湿证;大细胞癌以阴虚热证、气阴两虚证、气滞血瘀证为主。

[关键词]　原发性支气管肺癌;病理类型;中医证型;相关性

[中图分类号]　R273　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0018-04

Correlation Study on Histopathologic Types and Traditional Chinese Medicine Syndromes in Primary Lung Cancer

DU Xiu-ting[1], LIU Peng[2], LIU Bai[3], LIN Hai-xiong[4], LI Liu-ning[3]

(1.The Second Medical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510405, China; 2.Shenzhen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Shenzhen Guangdong 518100, China; 3.College Town Hospital of Guangdong Provincial TCM Hospital, Guangzhou Guangdong 510006, China; 4.The First Medical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510405, China)

[Abstract]　Objective: To investigate the relationship between histopathologic types of primary lung cancer and traditional Chinese medicine (TCM) syndromes. Methods: Searching the prospective study on the correlation between the pathological types of primary lung cancer and TCM syndromes by CNKI, Wanfang, CBM, Pubmed, Embase and Cochrane retrieval systems, with "lung cancer", "pathology" and " TCM syndromes" as keywords. Based on this, establishing Chinese Medicine basic syndrome type of lung cancer and applying Fisher's exact probability test to analyze the relationship between TCM syndrome type and pathological type. Results: A total of 7 Chinese articles were concluded of 1075 primary lung cancer patients which comprised of adenocarcinomas (48.7%), squamous cell carcinoma (34.4%), small-cell lung cancer (4.2%) and large cell carcinoma (3.7%). The distribution of TCM Syndromes are mainly Qi-deficiency syndrome (22.1%), Qi-Yin deficiency syndrome (17.5%), Yin deficiency and blood heat (13.3%), Lung Yin deficiency (12.7%), Qi-stagnancy and blood stasis (12.6%). The TCM syndromes distribution of adenocarcinoma, squamous cell carcinoma and large cell carcinoma have statistical significance ($P<0.01$), as well as small-cell lung cancer and large cell carcinoma ($P<0.05$), squamous cell

*基金项目:广东省科技厅项目(粤科规财字[2015]110号)

通讯作者:李柳宁,E-mail:1121352956@qq.com

carcinoma and large cell carcinoma ($P<0.05$). Conclusion: Pathological classification of primary lung cancer and TCM syndrome types are related. The statistical significance presented in the syndromes of Chinese medicine among different pathological subtypes. Primary lung cancer is mostly manifested as Qi-deficiency or Yin-deficiency of the root cause. Based on these, adenocarcinoma can easily turn into heat syndromes. And the most common-seen syndromes of lung squamous carcinoma are Qi-stagnancy and blood stasis. Small cell lung cancer is more likely to produce phlegm-dampness syndrome while syndrome of Yin-deficiency and blood heat, Qi and Yin-deficiency, Qi-stagnancy and blood stasis are the main syndromes of large cell carcinoma.

[Keywords] primary lung cancer; histopathologic types; TCM syndromes; correlation

据统计,我国2015年有4,292,000例癌症新发病例和2,814,000例癌症死亡病例,其中肺癌是最常见的癌症和癌症死亡的主要原因[1]。美国癌症协会ACS预计,2018年美国支气管或肺恶性肿瘤新发病例为234,030例,其中男性121,680例,女性112,350例,而死亡病例达154,050例,其中男性为83,550例,占所有男性癌症死亡人口的26%,女性则为70,500例,占所有女性癌症死亡人口的25%。无论是中国还是美国,支气管或肺恶性肿瘤(肺癌)均占据了所有肿瘤致死因素的首位。就生存趋势而言,癌症的总体生存率有了显著提升,但肺癌的生存率改善并不明显,局限性肺癌的5年生存率为56%,伴区域转移的肺癌5年生存率为29%,远处转移的为5%,总结而言,在所有分期中肺癌的5年生存率仅为18%[2]。而非小细胞肺癌约占所有肺癌的85%,其中腺癌、鳞癌为非小细胞肺癌中最主要的两种病理类型[3]。

病理类型是肺癌诊断的金标准,也是指导肺癌治疗的基石,而证是中医辨证论治的本质。不同组织学类型的肺癌有其独特的组织学、病理学特征,机体所表现出的临床表现也是有差异的,而辨证的过程正是依据临床表现实现的。因此探讨肺癌组织病理学与中医证候相关性的理论基础,有利于传统医学与现代医学本质上的交汇与贯通,有可能为中西医结合诊治肺癌提供科学的理论依据。

1 研究方案

1.1 *研究方法* 以“肺癌”“病理”“证”为关键词,从CNKI、万方、CBM、Pubmed、Embase、Cochrane等数据库检索所有相关文献,逐篇筛选,排除非病理与中医证型相关性研究、回顾性研究、论述类、报道类、研究进展类、动物实验类等。最终纳入原发性支气管肺癌病理类型与中医证型相关性的前瞻性研究共7篇,共1075例肺癌患者,分析其病理类型及中医证型之间的关系。

1.2 *研究对象资料* 纳入的7篇前瞻性研究中,共有1188例患者,分别为2010年1月至2012年2月重庆市永川区中医院中医肿瘤科68例肺癌患者,2010年5月至2012年11月上海中医药大学附属龙华医院肿瘤科、上海交通大学附属胸科医院、同济大学附属肺科医院住院和门诊病人共388例,2011年1月至2014年6月年广州军区广州总医院肿瘤科、胸外科、内六科、中医科共383例,2011年8月至2011年12月中国中医科学院广安门医院60例,2012年9月至2014年4月内蒙古巴彦淖尔市医院57例,2013年6月至2014年5月煤炭总医院肿瘤微创治疗中心109例,2014年1月至2015年3月成都中医药大学附属医院(四川省中医院)胸外科及四川省肿瘤医院(四川省第二人民医院)胸外科123例。

年龄18~86岁,男842例,女346例。临床分期分布方面,Ⅰ期肺癌患者有80例,Ⅱ期67例,Ⅲ期368例,Ⅳ期490例,未分期183例;腺癌579例,鳞癌409例,小细胞癌50例,大细胞癌44例,其他病理类型106例。在579例腺癌患者中,剔除证型不明确的,纳入证型频数为556;409例鳞癌患者中,考虑复合证型的存在,纳入证型频数为421;50例小细胞癌患者中,纳入证型频数为49;44例大细胞癌患者中,纳入证型频数为49。最终分析在病理与证型关系中纳入的证型频数为1075。

1.3 *诊断标准* 西医诊断标准:经病理学确诊为原发性支气管肺癌。

中医诊断标准:纳入前瞻性文献中肺癌的中医诊断标准参考范围涉及以下标准。《中药新药临床研究指导原则(试行)》《中医证候诊断治疗学》《中医诊疗方案(2011版)》、普通高等教育“十一五”国家级规划教材《中医内科学》《中医病证诊断疗效标准》《中医证候辨证规范》《中医虚证辨证参考标准》《中医虚证诊疗手册》。

总结纳入的前瞻性文献中的中医辨证标准,大体模式为参考中医辨证相关标准书籍,结合专业人士临床经验或专家组建议,确立中医基本证型。本研究中共纳入10个常见证型,其中实证方面,痰湿阻肺、脾虚痰湿归为痰湿证;痰瘀阻肺、肺郁痰瘀归为痰瘀证;气滞血瘀、气血瘀滞归为气滞血瘀证;即共有痰湿证、痰热证、痰瘀证、瘀阻肺络证、气滞血瘀证5个实证类型。虚证方面,阴虚火旺、阴虚痰热、阴虚热毒归为阴虚热证;肺气虚、脾气虚、肺脾气虚归为气虚证;即共有气虚证、肺阴虚证、气阴两虚证、阴虚热证4个虚证类型。虚实夹杂方面为气虚血瘀1个证候类型。

1.4 *纳入标准* (1)年龄18~75岁;(2)病理确诊为原发性支气管肺癌;(3)KPS评分≥60分;(4)生存期≥3个月;(5)神志清醒。

1.5 *排除标准* (1)肺继发恶性肿瘤;(2)肺部病灶已手术切除;(3)伴有远处转移,合并其他恶性肿瘤;(4)严重器质性病变、内科疾患、精神疾病、功能障碍等;(5)存在未能控制的感染;(6)妊娠或哺乳期患者;(7)疾病终末期,临终状态;(8)依从性差者。

1.6 *统计学方法* 应用SPSS 19.0软件进行统计分析,计数资料采用χ^2检验,因单元格理论频数出现0,故采用$R\times C$列联表*Fisher*确切概率法,$P<0.05$为差异有统计学意义。

表1　纳入文献资料

研究/年份	样本量	年龄(岁)	性别(例)		辨证依据	研究方法	研究形式
			男	女			
王少墨等[4]2013	388	61.13±9.68	269	119	专家建议和肿瘤学科证候研究项目组以往的研究	前瞻性	问卷调查
周建龙等[5]2015	383	27~80	281	102	《中医证候诊断治疗学》	前瞻性	调查表
淳　莉等[6]2016	123	42~64	82	41	《中医诊疗方案(2011版)》	前瞻性	临床辨证
刘　声等[7]2012	60	29~67	37	23	《中医内科学》	前瞻性	临床辨证
张明萍等[8]2012	68	18~75	47	21	《中医病证诊断疗效标准》	前瞻性	调查表
樊　华等[9]2014	57	62.3±3.6	35	22	临床经验	前瞻性	临床辨证
于维霞等[10]2017	109	29~86	91	18	《中药新药临床研究指导原则(试行)》	前瞻性	临床辨证

2　研究结果

2.1　纳入研究一般资料　见表1。

2.2　原发性支气管肺癌的中医证候分布情况　中医证型分布按比例从高到低依次为气虚证占22.1%、气阴两虚证占17.5%、阴虚热证占13.3%、肺阴虚证占12.7%、气滞血瘀证占12.6%、痰湿证占9.0%、气虚血瘀证占54.7%、瘀阻肺络证占43.8%、痰热证占32.6%、痰瘀证占21.7%。由此可见,肺癌患者虚证多见,占65.6%,其中气虚、阴虚尤为突出;实证占29.7%,以气滞、血瘀、痰湿、痰热、痰瘀为主要证候要素;虚实夹杂占4.7%。(见图1)

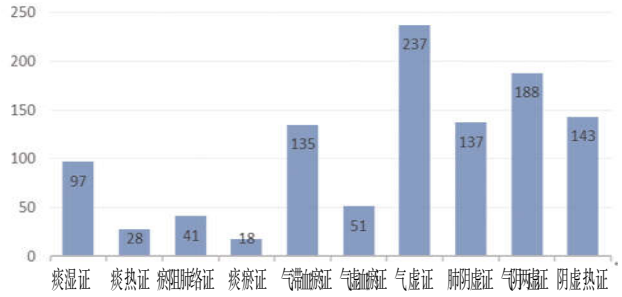


图1　肺癌患者中医证型分布

2.3　原发性支气管肺癌病理类型分布情况　肺腺癌占48.7%,肺鳞癌占34.4%,小细胞癌占4.2%,大细胞癌占3.7%,其他病理类型占8.9%。(见表2)。

表2　1188例肺癌患者临床病理情况

病理类型	例数	构成比(%)
腺癌	579	48.7
鳞癌	409	34.4
小细胞癌	50	4.2
大细胞癌	44	3.7
其他	106	8.9

2.4　原发性支气管肺癌中医证型与病理类型的关系　不同病理类型的中医证候分布情况差异有统计学意义(F=77.93,P<0.01)。其中腺癌与鳞癌(F=37.50,P<0.01)、大细胞癌(F=32.81,P<0.01)之间的中医证候分布差异有统计学意义;腺癌与小细胞癌之间的中医证候分布差异无统计学意义(F=13.34,P>0.05);鳞癌与小细胞癌之间的中医证候分布差异无统计学意义(F=12.81,P>0.05);鳞癌与大细胞癌间的中医证型分布差异有统计学意义(F=22.91,P<0.01);小细胞癌与大细胞癌之间中医证型分布差异有统计学意义(F=30.42,P<0.01)。(见表3)

表3　肺癌中医各型与病理分型的关系　(频次)

证型	腺癌	鳞癌	小细胞癌	大细胞癌	合计
痰湿证	35	48	8	6	97
痰热证	15	13	0	0	28
瘀阻肺络证	23	16	2	0	41
痰瘀证	7	11	0	0	18
气滞血瘀证	63	58	2	12	135
气虚血瘀证	30	18	0	3	51
气虚证	158	62	13	4	237
肺阴虚证	67	60	10	0	137
气阴两虚证	83	85	8	12	188
阴虚热证	75	50	6	12	143
合计	556	421	49	49	1075

腺癌最主要的证型依次为气虚证(28.4%),气阴两虚证(14.9%),阴虚热证(13.5%),肺阴虚证(12.1%);鳞癌最主要的证型依次为气阴两虚证(20.2%),气虚证(14.7%),肺阴虚证(14.3%),气滞血瘀证(13.8%);小细胞癌主要证型为气虚证(26.5%),肺阴虚证(20.4%),痰湿证(16.3%),气阴两虚证

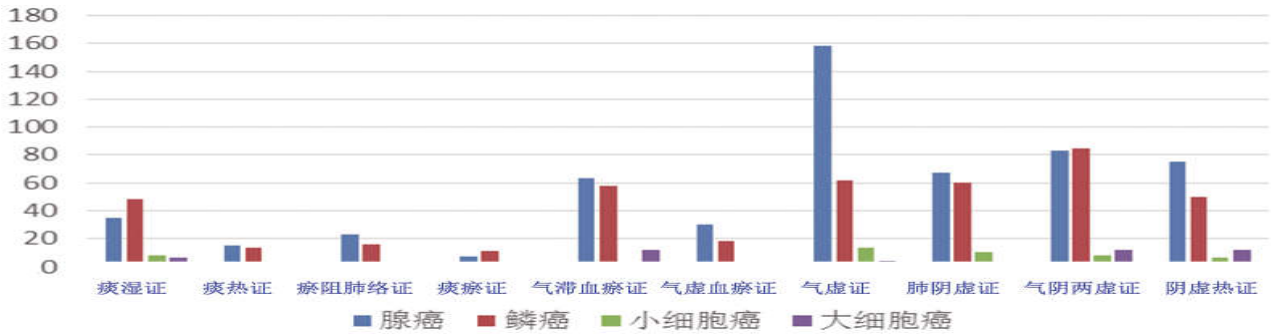


图2　肺癌不同证型的病理类型分布情况

(16.3%);大细胞癌癌主要证型为气滞血瘀证(24.5%),气阴两虚证(24.5%),阴虚热证(24.5%)。(见图2)

3 讨 论

3.1 原发性支气管肺癌的中医证候、病理类型分布情况 世界卫生组织(WHO)公布,2/3肺癌患者在确诊时就已经是晚期[11]。这与临床上肺癌确诊时大多已是晚期,而晚期肺癌以虚证多见相符。本研究中肺癌患者虚证多见,占65.6%,其中气虚、阴虚尤为突出;实证占29.7%,以气滞、血瘀、痰湿、痰热、痰瘀为主要证候要素;虚实夹杂占4.7%。

21世纪初世界卫生组织公布了不同类型的肺癌患病率情况,其中占首位的是肺腺癌,发生率为31.5%;其次为肺鳞癌,发生率为29.4%;小细胞肺癌发生率为17.8%;大细胞肺癌发生率9.2%[12]。腺癌是肺癌最常见的组织学亚型,为不吸烟的肺癌患者最常见的病理类型,其发病率逐渐上升,现在占美国所有肺癌新发病例的近50%。与鳞状细胞组织学相比,腺癌更倾向于远处转移[13]。而本研究肺癌患者中,肺腺癌占48.7%,肺鳞癌占34.4%,小细胞癌占4.2%,大细胞癌占3.7%,其他病理类型占8.9%。

3.2 肺癌病理类型与中医证候相关性的理论依据 在古代文献中未见肺癌的病名,但依据其临床表现,肺癌可归属于"咳嗽""痰饮""息贲""肺痿""肺积""肺花疮"等范畴。症状方面,明代陈实功在《外科正宗》云:"久嗽劳伤,咳吐痰血,寒热往来,形体消削,咯吐瘀脓,声哑咽痛,其侯传为肺痿,如此者百死一生之病也。"与肺癌症状极为相似,且生存率低。清代任瞻山在《瞻山医案》记载:"始则咳嗽吐痰,继而微嘶,渐至于瘖,乃声瘖中最危之候也。"与肺癌压迫喉返神经所致声嘶的症状一致。病因病机方面,肺癌病位在肺,与脾肾相关,因先天禀赋不足,后天因六淫、饮食、邪毒导致肺失宣降,气机不利,血行瘀滞,痰浊内生,毒邪结聚而成[14]。

"有诸内者,必形诸外"首次记载于《丹溪心法·能合脉色可以万全》,其思想来源于《灵枢·外揣》中的"司外揣内,司内揣外",意为体内一切变化,通过内外相袭的整体性规律,必然有相应的征象显露于人之体表。历代医家在长期的临床实践中发现,人体是一个有机的整体,体内脏腑不同的生理病理改变都有可能使机体呈现出不同的临床表现。

肺癌病理类型如腺癌病灶、鳞癌病灶等同于机体中的微小部分,由于其生理病理特性的不同,所体现出的外在临床表现也不同,而辨证的过程即是通过望、闻、问、切四诊合参将机体呈现出的外在临床表现、体征进行收集、整合、分析,从而辨清疾病的原因、性质、邪正关系等以判断为某一种性质的证候。因此,不同病理类型之间的中医证候分布存在一定的差异。正如生物全息律所指,生物的任何一个小部分都具有整体一切部分的信息,全息理论认为每个细胞包含了五脏六腑的功能和信息[15]。

3.3 肺癌各病理类型的证候共性 肺癌各病理类型的证候共性以气虚和阴虚为本;本研究结果表明,不同病理类型之间中医证候分布存在一定的差异,且差异有统计学意义。然而,所有病理类型中,气虚证、阴虚证、气阴两虚证均占较大的比例。《素问·五脏生成篇》谓:"诸气者,皆属于肺",先天不足或后天失养,肺气亏虚,宣降失司,邪毒乘虚而入,客邪留滞,肺气贲郁,脉络阻塞,而成肺积,易耗气阴。《医宗必读·积聚》有云:"积之成也,正气不足,而后邪气踞之,如小人在朝,由君子之衰也。"《活法机要》亦云:"壮人无积,虚人则有之。脾胃怯弱气血两衰,四时有感,皆能成积。"正气内虚,阴阳失调,六淫侵肺,导致肺气失和,治节失司,气机不利,血行受阻,津液失布,进而津聚成痰,痰凝气滞,血行失畅,瘀阻脉络,痰气瘀毒胶结,日久成肺部肿块[16]。正如《外证医案》谓:"正气虚则成岩。"

另一方面,在纳入的肺癌患者中,中晚期占72.2%,这与大多数研究所提出临床分期越晚,虚证发生率逐渐升高相符合,且以气虚、阴虚、气阴两虚多见,这是肺癌各病理类型的共性。

3.4 肺癌各病理类型的中医证候特点 肺癌各病理类型的中医证候特点存在一定的差异;而基于细胞学、组织学、病理学等差异,不同病理类型的肺癌存在各自的特性,因而呈现出不同的临床表现,从而衍生出多元化的中医证候。本研究结果按表明,肺癌以气虚、阴虚为本,其中腺癌兼化热;鳞癌气滞血瘀证较多;小细胞癌易出现痰湿证;大细胞癌多出现阴虚热证、气滞血瘀证。

肺腺癌组织主要起源于段以下支气管及肺泡上皮细胞,大多数属于周围型。早期患者无明显临床症状,故一旦出现症状,绝大多数已失去根治的机会,且早期侵犯血管,易于发生远处转移。阴虚内热型多见于腺癌,阴虚病人因肺肾阴精亏虚,正邪抵抗能力减弱,与腺癌大多为周围型肺癌,早期多无症状,发现时已毒热阴伤化热相一致。综上所述,肺腺癌多以阴虚为本,且易于化热。

肺鳞癌主要起源于叶支气管和段支气管上皮,少部分起源于外周的支气管上皮,其破坏支气管壁,或向腔内突起,受累支气管腔明显变狭窄,较小支气管出现狭窄时可听到喘鸣音,气管或主支气管有外在压迫,可听到金属咳音,出现咳嗽不畅、胸闷气急等症状;纵隔受侵可出现胸背部持续性疼痛;70%~90%的肺鳞癌为中央型[17],生长速度较快,浸润周围肺实质,肿物与周围肺组织分界不清,影响气体弥散功能,逐渐进展可引起气急加重而发绀,出现唇甲紫暗的临床表现;心脏及血管受累,影响外周血流,舌微血管循环受阻,可出现口唇紫暗,舌暗红或紫暗,有瘀斑瘀点,苔薄白,脉细涩或弦细等体征。气滞不畅,血瘀不行,凝滞不散,瘀血日久而成瘤。肺主气,司呼吸,瘤毒存在使肺气郁闭,失于宣降,气机不利,血行瘀滞于肺则咳嗽不畅、胸闷气急;气滞血瘀,不通则痛,出现胸痛如锥刺;气滞血瘀阻滞于肺,肺失宣发肃降,津液失布,气机不畅则便秘、口干;口唇紫暗,舌暗红或紫暗,有瘀斑瘀点,苔薄白,脉细涩或弦细为气滞血瘀之象。

肺小细胞肺癌是一类有少量胞浆、细胞界限不明显、细颗粒状的核染色质、核仁缺乏或不明显的小细胞恶性上皮性肿瘤,常有脉管、神经和周围组织浸润和大片坏死[18]。早期易出现咳嗽,多伴有黏液痰,继发感染时可合并脓痰。临床表现上常伴有神经内分泌综合征,容易通过淋巴和血行播散[19]。肺主宣发肃降,布散津液,若功能失调,则水湿(下转第25页)

引用:王皓,韩冬.自拟清肺疏肝汤治疗乳腺癌术后放射性肺炎的临床研究[J].中医药导报,2019,25(24):22-25.

自拟清肺疏肝汤治疗乳腺癌术后放射性肺炎的临床研究

王　皓,韩　冬

(首都医科大学附属北京中医医院,北京　100010)

[摘要]　目的:观察自拟清肺疏肝汤对乳腺癌术后放射性肺炎患者免疫功能、肺纤维化指标、氧化应激状态的影响。方法:将76例乳腺癌术后放射性肺炎患者随机分为对照组(n=38)和治疗组(n=38)。对照组患者予西药常规治疗,治疗组患者在对照组基础上加服自拟清肺疏肝汤,连续治疗2周。对比两组治疗的临床效果,检测T淋巴细胞亚群、自然杀伤(NK)细胞、免疫球蛋白水平,监测血清中肺纤维化指标、氧化应激指标变化,记录并比较两组患者治疗期间不良反应的发生率。结果:治疗组总有效率(89.47%)高于对照组(71.05%),差异有统计学意义(P<0.05);与治疗前比较,两组患者的免疫功能有不同程度改善,T淋巴细胞$CD4^+$、$CD4^+/CD8^+$、免疫球蛋白IgA、IgG、IgM、NK细胞水平明显升高(P<0.05),$CD8^+$水平明显降低(P<0.05);治疗后组间比较,治疗组患者免疫功能优于对照组(P<0.05);两组患者治疗后血清PICP、PCⅢ、HA、LN均较治疗前明显降低(P<0.05);治疗后组间比较,治疗组患者肺纤维化指标明显低于对照组(P<0.05);两组患者治疗后血清GSH-Px、SOD组较治疗前明显升高,MDA明显降低(P<0.05);治疗后组间比较,治疗组患者血清GSH-Px、SOD高于对照组(P<0.05),MDA低于对照组(P<0.05)。治疗组、对照组患者治疗期间不良反应发生率分别为7.89%、23.68%,治疗组低于对照组(P<0.05)。结论:自拟清肺疏肝汤可改善乳腺癌术后放射性肺炎患者免疫功能,防治肺纤维化,减轻机体的氧化应激状态,用药安全。

[关键词]　乳腺癌术后;放射性肺炎;清肺疏肝汤;免疫功能;肺纤维化;氧化应激状态

[中图分类号]　R273　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0022-04

放射性肺炎(radiation pneumonitis,RP)是胸部恶性肿瘤患者接受放射线治疗时常见的并发症,一般发生于胸部肿瘤放射治疗后的2~6个月。主要临床表现为刺激性干咳、气急喘息、胸闷、胸痛等,可发展为放射性肺纤维化,甚至诱发呼吸衰竭,危及患者生命安全[1]。现代医学认为,RP的发生机制主要是由于照射引起照射野局部细胞因子的产生,导致肺纤维化[2],与免疫功能低下、炎症反应、氧化应激异常等多种因素有关。现代医学临床上并无治疗RP的特异性方法,一般以糖皮质激素治疗为基础,严重时加用化痰、支气管扩张剂、抗生素等药物对症治疗,副作用较大,总体疗效不满意[3]。近年来,诸多报道证实,中医药在增强肿瘤患者的免疫功能、减轻炎性损伤、改善氧化应激状态、预防远期放射性肺纤维化的发生等方面表现出良好的效果[4]。本次研究结合临床上多见RP患者"肺燥津亏"的病机特点,探讨采用多年临床经验方——自拟清肺疏肝汤,治疗乳腺癌术后放射性肺炎的临床效果,观察其有效性及安全性,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　诊断标准　中医诊断符合《中药新药临床研究指导原则》[5]中关于放射性肺炎"肺燥津亏"的标准,症见:干咳,胸痛,咳嗽伴气急,少痰,低热,疲倦,心烦失眠,口干,咽燥,大便秘结,小便黄,舌红,苔薄黄,脉弦数。西医诊断符合《放射性肺损伤的诊断及治疗》[6]中放射性肺炎的诊断标准,并结合临床症状、体征、影像学检查等确诊。

1.2　纳入标准　(1)年龄50~70岁,临床病理检查诊断为乳腺癌;(2)行手术治疗,术后生命体征平稳,预计生存期≥6个月;(3)需要接受放射线治疗;(4)符合放射性肺炎诊断标准,中医辨证为肺燥津亏证;(5)身体机能状态量表(karnofsky performance status scale,KPS)评分≥60分;(6)X线检查可见受照射肺部出现边缘不整齐、网状的模糊状阴影;(7)本研究经本院医学伦理委员会批准,患者签署知情同意书。

1.3　排除标准　(1)预计生存期不足6个月者;(2)已发生肺纤维化者;(3)放疗期间接受化疗者;(4)非肺燥津亏证者;(5)合并肺部感染、慢性阻塞性肺疾病等;(6)近3个月内服用过抗炎、免疫抑制剂等可能影响本研究结果药物者;(7)肝肾功能不全者。

1.4　中止剔除标准　(1)失访、依从性差者;(2)存在药物过敏史者;(3)严重的精神、认知、心理障碍等原因无法配合完

通讯作者:王皓,E-mail:lxflxf22@126.com

成试验者；(4)同时参与其他临床研究者；(5)治疗过程中发生不良事件不宜继续进行试验者。

1.5　一般资料　选取2017年1月至2018年4月我院收治的76例乳腺癌术后放射性肺炎患者为研究对象，采用随机数字表法分为对照组和治疗组。对照组38例，年龄50~70(62.35+3.11)岁；体重指数(22.65±3.20) kg/m²；接受放疗剂量(4,603.72±584.53) cGy；接受放疗时间(40.54±6.04) d。治疗组38例，年龄50~70(61.78±3.07)岁；体重指数(23.04±2.78) kg/m²；接受放疗剂量(4,624.58±577.98) cGy；接受放疗时间(41.02±5.86) d。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义(P>0.05)，具有可比性。

1.6　治疗方法

1.6.1　对照组　予营养支持、吸氧、抗生素、化痰、止咳平喘等西医常规对症治疗。地塞米松磷酸钠注射液[国药准字H41021924，上海现代哈森(商丘)药业有限公司]10 mg+5%葡萄糖注射液250 mL稀释静脉滴注，1次/d，连续用药2周；后给予醋酸泼尼松片(国药准字H33021207，浙江仙琚制药股份有限公司)口服，10 mg/次，2次/d，连续用药2周，后酌情减量。

1.6.2　治疗组　在对照组基础上加用自拟清肺疏肝汤内服，方药组成：桑白皮9 g，桔梗10 g，苦杏仁9 g，石膏(包煎)10 g，桑叶15 g，鱼腥草12 g，太子参20 g，沙参15 g，麦冬15 g，天花粉10 g，玉竹12 g，香橼8 g，绿萼梅6 g，郁金15 g，甘草5 g。随症加减：咳嗽痰多者，加浙贝母6 g，法半夏9 g，瓜蒌12 g；热毒壅盛，发热者，加黄芩15 g，连翘20 g；干咳明显者，加知母12 g；气虚明显者，加黄芪20 g，麸炒白术15 g；喘息严重者，加蜜麻黄9 g；瘀血严重者，加川牛膝15 g。1剂/d，分早、晚两次温服，连续用药2周为1个疗程。

1.7　观察指标　(1)免疫功能：分别于治疗前后采用流式细胞仪检测T淋巴细胞亚群CD4⁺、CD8⁺、自然杀伤(NK)细胞水平，并计算CD4⁺/CD8⁺；采用固相夹心法酶联免疫吸附法检测免疫功能相关指标免疫球蛋白A(Immunoglobulin A，IgA)、免疫球蛋白G(Immunoglobulin G，IgG)、免疫球蛋白M(Immunoglobulin M，IgM)水平。(2)肺纤维化指标：治疗前后用放射免疫法检测血清中Ⅰ型前胶原羧基端肽(PICP)、Ⅲ型前胶原(precollagen Ⅲ peptide，PCⅢ)、透明质酸(hyaluronic acid，HA)、层黏蛋白(laminin，LN)等肺纤维化指标水平。(3)氧化应激指标：采用二硫代二硝基苯甲酸法检测血清谷胱甘肽过氧化物酶(Glutathione peroxidase，GSH-Px)水平；采用黄嘌呤氧化酶法检测血清超氧化物歧化酶(Superoxide dismutase，SOD)水平；采用硫代巴比酸法检测血清丙二醛(malondialdehyde，MDA)水平，试剂盒购自上海恒远生物技术发展有限公司。(4)不良反应：记录并比较两组患者治疗期间腹泻、嗜睡、失眠、头痛等不良反应的发生率。

1.8　疗效标准　参照《中药新药临床研究指导原则》[5]评定。痊愈：肺部听诊无啰音，胸闷、刺激性咳嗽等症状完全消失，X线显示无肺部阴影；显效：肺部听诊啰音明显减轻，胸闷、刺激性咳嗽等改善明显，X线显示肺部阴影缓解面积>1/2；有效：肺部听诊啰音、胸闷、刺激性咳嗽好转，肺部阴影缓解面积1/5~1/2；无效：达不到有效标准，甚至病情加重。

1.9　统计学方法　采用SPSS 20.0软件分析数据，免疫功能、血清肺纤维化指标、血清氧化应激指标等计量资料用"均数±标准差"($\bar{x}\pm s$)表示，数据符合正态分布，且方差齐，组间对比用独立样本t检验；计数资料采用χ^2检验；双侧检验，检验水准α=0.05，P<0.05为差异有统计学意义。

2　结　果

2.1　两组患者临床疗效比较　治疗组总有效率为89.47%，对照组总有效率为71.05%，治疗组优于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。(见表1)

表1　两组患者临床疗效比较　(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	38	11	8	8	11	71.05
治疗组	38	20	9	5	4	89.47[a]

注：与对照组比较，[a]P<0.05

2.2　两组患者免疫功能比较　治疗前，两组患者免疫功能各指标水平比较，差异无统计学意义(P>0.05)；与治疗前比较，两组患者治疗后免疫功能有不同程度改善，T淋巴细胞CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺、免疫球蛋白IgA、IgG、IgM、NK细胞水平明显升高(P<0.05)，CD8⁺水平明显降低(P<0.05)；治疗后组间比较，治疗组患者免疫功能优于对照组，差异均有统计学意义(P<0.05)。(见表2)

2.3　两组患者血清肺纤维化指标比较　治疗后，两组患者血清中肺纤维化指标PICP、PCⅢ、HA、LN等较治疗前明显降低，差异均有统计学意义(P<0.05)；治疗后组间比较，治疗组患者上述指标明显低于对照组，差异均有统计学意义(P<0.05)。(见表3)

表3　两组患者血清肺纤维化指标比较　($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	PICP(μg/L)	PCⅢ (ng/mL)	HA(μg/L)	LN(ng/mL)
对照组	38	治疗前	167.52±20.64	125.73±35.10	165.30±42.71	140.60±33.82
		治疗后	134.60±17.85[a]	86.35±27.02[a]	124.58±37.34[a]	104.59±35.37[a]
治疗组	38	治疗前	172.35±21.02	126.04±32.65	167.36±40.19	137.57±35.92
		治疗后	111.42±11.28[ab]	60.28±20.59[ab]	90.45±22.37[ab]	87.23±20.48[ab]

注：与治疗前比较，[a]P<0.05；与对照组比较，[b]P<0.05

表2　两组患者免疫功能比较　($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	T淋巴细胞			免疫球蛋白			
			CD4⁺(%)	CD8⁺(%)	CD4⁺/CD8⁺	IgA(g/L)	IgG(g/L)	IgM(g/L)	NK细胞(%)
对照组	38	治疗前	31.45±3.23	32.11±3.72	0.98±0.15	2.58±0.26	8.23±1.17	1.02±0.13	25.74±3.32
		治疗后	35.62±4.20[a]	27.50±2.96[a]	1.37±0.12[a]	3.04±0.47[a]	9.82±1.63[a]	1.45±0.15[a]	30.92±4.53
治疗组	38	治疗前	30.72±3.35	31.90±3.89	1.02±0.10	2.63±0.30	8.20±0.99	1.03±0.18	25.80±3.40
		治疗后	42.56±4.67[ab]	21.30±1.71[ab]	1.98±0.25[ab]	3.78±0.58[ab]	12.59±1.24[ab]	1.94±0.25[ab]	40.45±5.11[ab]

注：与治疗前比较，[a]P<0.05；与对照组比较，[b]P<0.05

2.4 两组患者治疗前后血清氧化应激指标比较 治疗后，两组患者血清GSH-Px、SOD等较治疗前明显升高，MDA明显降低，差异均有统计学意义（$P<0.05$）；治疗后组间比较，治疗组患者血清GSH-Px、SOD高于对照组，MDA低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表4）

表4 两组患者治疗前后血清氧化应激指标比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	时间	GSH-Px(U/mL)	SOD(U/L)	MDA(μmol/L)
对照组	38	治疗前	60.27±9.05	63.62±10.89	5.32±0.52
		治疗后	72.39±10.24[a]	84.06±12.33[a]	3.76±0.43[a]
治疗组	38	治疗前	61.45±9.11	61.84±11.02	5.41±0.55
		治疗后	95.07±12.58[ab]	98.73±22.37[ab]	1.63±0.28[ab]

注：与治疗前比较，[a]$P<0.05$；与对照组比较，[b]$P<0.05$

2.5 安全性评价 治疗期间，两组患者均未见严重肝肾损伤等副作用，均无脱落病例。治疗组患者发生2例腹泻，1例失眠，不良反应发生率为7.89%。对照组患者发生4例头痛，3例眩晕，2例失眠，不良反应发生率为23.68%；症状均轻微，未经处理自行缓解。治疗组不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义（$\chi^2=13.759$，$P<0.05$）。

3 讨 论

RP为放疗肺损伤的急性期表现，可归属于中医学“燥咳”“肺痿”等范畴。放射线具有热源性、高能、穿透力强等特点，属于热毒、燥热之邪。肿瘤患者多正气不足，接受放疗后热毒化火伤阴，使其气更虚，进而痰结血瘀，肺失宣降，发为RP[7]。肺气上逆而致咳嗽气急；津液不能上呈而见口干咽燥；瘀血内生，络脉不通而致胸痛。治疗当实则泻之、虚则补之。自拟清肺疏肝汤中桑白皮长于泻肺平喘，利水消肿；桔梗为肺经引经之品，重在宣肺利咽、祛痰排脓；苦杏仁味苦能降，且兼疏利开通之性，可止咳平喘，其与桔梗配伍，升中有降，能恢复肺之宣降；石膏辛甘而寒，长于清泄肺热；桑叶质轻性寒，轻宣肺燥，透邪外出；鱼腥草可加强清肺排脓之功；太子参气阴双补，且补而不燥；麦冬甘寒，养阴润肺；沙参可升可降，可养阴清肺，益胃生津；天花粉清热生津，排脓消肿，除烦止渴；玉竹平补而润，补而不腻，可清热润肺；气郁在乳腺癌发病中尤其关键，故组方中加入香橼、绿萼梅、郁金等疏肝解郁之品，旨在调畅气机，宽中化痰；甘草调和诸药。全方配伍，共奏清燥润肺、养阴生津之功。

本研究结果表明，治疗组总有效率高于对照组（$P<0.05$），且治疗组患经治疗后免疫功能指标改善更为明显（$P<0.05$），血清中肺纤维化指标PICP、PCⅢ、HA、LN明显低于对照组（$P<0.05$）。表明治疗组患者加用自拟清肺疏肝汤，利于提高机体的免疫功能，能有效降低血清中肺纤维化指标水平，防治肺纤维化的发生。治疗组不良反应发生率低于对照组（$P<0.05$），表明用药安全性相对较高，分析原因可能在于，组方中单味药物具有良好的增强免疫力、抗肺纤维化作用。桑白皮有效成分具有一定的抗炎、抗氧化效果，可能通过降低TGF-β_1、α-SMA、E-Cadherin蛋白表达而对肺纤维化有明显干预作用[8]；桔梗纯多糖是天然的抗氧化剂，且具有提高免疫力、抗肺纤维化、祛痰、镇咳平喘、抗肿瘤、抗炎等药理作用[9]；苦杏仁有效成分能够通过减轻气道上皮损伤、抑制气道重塑发挥平喘效果；苦杏仁能够通过增强免疫能力而提高肿瘤的治疗效果[10]。研究表明，射线能够伤及正常肺组织，促进大量氧自由基产生，局部氧化应激紊乱，造成DNA损伤及脂质过氧化，从而启动一系列炎性反应及细胞凋亡等基因活化的级联效应，引起正常肺组织细胞氧化损伤，还能加速肺部成纤维细胞的不断分裂与增殖，最终导致患者肺部出现大量胶原蛋白沉积，形成肺纤维化[11]。GSH-Px属于过氧化物分解酶，是机体抗过氧化能力指标之一，能够促进H_2O_2及其他有毒的过氧化物分解；SOD是体内氧自由基清除主要活性抗氧化酶之一，能有效清除氧自由基[12]；MDA为脂质过氧化终产物，是反映机体脂质过氧化程度、评价氧化应激损伤的敏感指标[13]。结合本研究结果分析，治疗组患者治疗后血清GSH-Px、SOD浓度高于对照组（$P<0.05$），MDA浓度明显低于对照组（$P<0.05$），提示治疗组患者加用自拟清肺疏肝汤能明显改善放射所致局部氧化应激紊乱，提高机体清除氧自由基的能力，减少放射线所致的过氧化损伤，这可能是其产生效果的机制之一。原因可能与组方中单味药物的抗氧化活性密切相关。鱼腥草叶多糖具有良好的体外抗氧化能力，且具有良好的抑瘤效果[14]；赵春阳等[15]研究显示，含补益中药的汤剂、单味或复方制剂均可改善放射性肺炎，如太子参等能增强患者的免疫功能，有抗氧化和清除氧自由基的作用，能明显减少成纤维细胞的增生，预防远期放射性肺纤维化的发生；麦冬、沙参能够改善肺泡上皮血管细胞活性，改善局部血液循环功能，减轻局部组织纤维化，促进受损肺组织的再修复[16]。

综上所述，自拟清肺疏肝汤可改善乳腺癌术后放射性肺炎患者免疫功能，防治肺纤维化，减轻机体的氧化应激状态，用药安全可靠。

参考文献

[1] DEMIREV A K, KOSTADINOVA I D, GABROVSKI I R. 18F-FDG PET/CT in Patients with Parenchymal Changes Attributed to Radiation Pneumonitis [J].Mol Imaging Radionucl Ther,2018,27(3):107-112.

[2] 戴芳芳，崔勇，李冠龙，等.放射性肺炎的发病机制及中西医结合治疗进展[J].现代中西医结合杂志，2018，27(6)：678-681.

[3] VASILJEVIC D, ARNOLD C, NEUMAN D, et al. Occurrence of pneumonitis following radiotherapy of breast cancer - A prospective study [J].Strahlenther Onkol,2018,194(6):520-532.

[4] 练祖平，谢有科，白广德.中医药防治放射性肺损伤的研究进展[J].广西中医药，2018，41(4)：68-70.

[5] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑)[M].北京：人民卫生出版社，1993：2.

[6] 王绿化，傅小龙，陈明，等.放射性肺损伤的诊断及治疗[J].

中华放射肿瘤学杂志,2015,24(1):4-9.
[7] 李永安,张文兵,肖枚生.扶正解毒方联合高频热疗治疗放射性肺炎疗效观察[J].中医药临床杂志,2018,30(9):1693-169.
[8] 杨长福,刘杨,徐昌君,等.药对桑白皮、百部提取物对小鼠肺纤维化的干预作用[J].中药材,2017,40(6):1448-1452.
[9] 董增,曹稳根,段红,等.桔梗多糖提取、分离纯化以及生物活性研究[J].基因组学与应用生物学,2018,37(8):3534-3539.
[10] 许照,王展,周开放,等.麻黄-杏仁对药对组胺大鼠气道上皮细胞损伤模型EGFR与PI3K表达影响的研究[J].中药材,2018,41(9):1954-1958
[11] 张馨月,付世东.利肺片对放射性肺炎小鼠肺部炎性因子及氧化应激指标的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(30):3336-3339.
[12] PAN J, SU Y, HOU X, et al. Protective effect of recombinant protein SOD-TAT on radiation-induced lung injury in mice[J].Life Sciences,2012,91(3/4):89-93.
[13] 张云云.养阴清肺汤对乳腺癌术后放射性肺炎患者氧化应激反应及免疫功能影响研究[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(12):155-158.
[14] 黎海梅,杜阳敏,陈俊,等.鱼腥草叶多糖的抗氧化性及抑菌特性[J].天然产物研究与开发,2017,29(10):1745-1751.
[15] 赵春阳,杨立超,蔡佳怡,等.补益类中药治疗肿瘤患者放射性肺炎的Meta-分析[J].药物评价研究,2018,41(8):1512-1524.
[16] 焦艳,李喆,刘清新,等.麦冬酒制前后对内皮细胞缺氧保护作用的比较研究[J].环球中医药,2014,7(2):110-112.

(收稿日期:2018-11-12 编辑:蒋凯彪)

(上接第21页)内停,酿液成痰,日久凝结成块,而成肺积。痰湿有重浊黏滞,流窜不定的特点,与小细胞肺癌易于散播转移相似。

大细胞癌的主要证型为气滞血瘀、气阴两虚、阴虚热证,且每种证型比例相近。

3.5 总结 本研究纳入的研究均为前瞻性,排除回顾性研究,一定程度上减少了影响结果的主观因素;纳入的肺癌病例中70%以上是中晚期患者,降低了肺癌临床分期对证型的影响;肺腺癌、鳞癌、小细胞癌、大细胞癌4种病理类型占90%以上,具有代表性。本研究以中西医结合的角度认识疾病的本质为立足点,基于"有诸内者,必形诸外""司外揣内,司内揣外""生物全息论"以及疾病组织学、病理学等中西医理论,试图揭示肺癌病理类型与中医证型的关系,为中西医结合治疗肺癌提供了一定的理论基础。

参考文献

[1] CHEN W Q, ZHENG Q S, PETER D B, et al. Cancer statistics in China, 2015[J].CA Cancer J Clin,2016,66(2):115-132.
[2] SIEGEL R L, MILLER K D, JEMAL A. Cancer statistics, 2018[J].CA Cancer J Clin,2018,68(1):7-30.
[3] XU B, CHEN Q, YUE C, et al. Prognostic value of IL-6R mRNA in lung adenocarcinoma and squamous cell carcinoma[J].Oncol Lett,2018,16(3):2935-2948.
[4] 王少墨,董志毅,屠洪斌,等.388例原发性肺癌中医证候分布状况分析[J].上海中医药大学学报,2013,27(5):30-34.
[5] 周建龙,梁静,邓青南.非小细胞肺癌的中西医分型分期相关性研究[J].吉林中医药,2015,35(4):358-360.
[6] 淳莉,段岳琛,姚德蛟,等.肺癌辨证分型与病理标本色象相关性研究[J].云南中医中药杂志,2016,37(9):27-31.
[7] 刘声,张丽娜,何立丽,等.基于病理分型与中医证型相参的孙桂芝教授诊治肺癌经验探讨[J].世界中西医结合杂志,2012,7(11):952-954.
[8] 张明萍,王建军,李志宏.中晚期非小细胞肺癌中医证型的临床观察[J].世界中西医结合杂志,2012,7(8):706-708.
[9] 樊华.中晚期周围型肺癌临床分期病理分型与中医证型相关性分析[J].亚太传统医药,2014,10(23):66-67.
[10] 于维霞,杨保林,张楠.中央型气道非小细胞肺癌临床病理特征与中医证候相关性研究[J].中国中医药信息杂志,2017,24(1):32-36.
[11] SIDDARAJU N. Minimalistic immunohistochemical approach to non-small cell carcinoma of the lung in small biopsies in the context of the 2015 WHO Classification of Lung Cancer [J].Indian J Med Res,2017,146(1):8-10.
[12] 覃宇奇.肺腺癌临床病理研究的进展情况[J].临床和实验医学杂志,2015,14(9):783-785.
[13] FADLO R. Lung Cancer and Other Pulmonary Neoplasms [M]//GOLDMANL, SCHAFER A I. Goldman-Cecil Medicine. Amsterdam: Elsevier Saunders, 2016:1303-1313.
[14] 周岱翰.中医肿瘤学[M].北京:中国中医药出版社,2011:196-204.
[15] 熊翔,王雪萍.中医微观论[J].中医药临床杂志,2015,27(1):35-37.
[16] 山广志.肺癌中医证治[M].北京:中国中医药出版社,2014:57-65.
[17] 熊敏,吴一龙.现代肺癌病理与临床[M].北京:科学出版社,2003:30-35.
[18] BABAKLLHI S, FU P, YANG M, et al. Combined SCLC clinical and pathologic characteristics[J].Clin Lung Cancer, 2013,14(2):113-119.
[19] 程颖,孙燕,吴一龙.小细胞癌[M].北京:人民卫生出版社,2014:70-72.

(收稿日期:2019-01-12 编辑:蒋凯彪)

针　推

引用:李擎虎,朱莹,王燚霈.溃结宁膏穴位敷贴治疗功能性腹泻的临床观察[J].中医药导报,2019,25(24):26-27.

溃结宁膏穴位敷贴治疗功能性腹泻的临床观察

李擎虎,朱　莹,王燚霈

(湖南中医药大学第二附属医院,湖南　长沙　410005)

[摘要]　目的:观察溃结宁膏穴位敷贴治疗功能性腹泻脾肾阳虚证的临床疗效。方法:选取功能性腹泻脾肾阳虚证患者60例,采取随机数字表法分为两组,每组30例。对照组患者予马来酸曲美布汀、双歧杆菌四联活菌口服,治疗组患者予溃结宁膏穴位敷贴治疗,治疗时间为4周,治疗后比较两组患者的排便次数、粪便性状、中医证候总积分及临床疗效。结果:两组患者治疗后排便次数计分、粪便性状计分、中医证候总积分均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者治疗后排便次数计分、粪便性状计分、中医证候总积分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组总有效率优于对照组($P<0.05$)。结论:溃结宁膏穴位敷贴治疗功能性腹泻脾肾阳虚证的临床疗效显著。

[关键词]　功能性腹泻;脾肾阳虚证;溃结宁膏;穴位敷贴;马来酸甘美布汀;双歧杆菌四联活菌

[中图分类号]　R246.1　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0026-02

功能性腹泻是功能性胃肠疾病的一种,指持续地或反复地出现排稀便(糊状便)或水样便,不伴有腹痛或腹部不适症状的综合征[1]。本病的发病机制尚不明确,治疗上多采用止泻、调节肠道菌群、缓解肠道痉挛等对症治疗。笔者运用溃结宁膏穴位敷贴治疗功能性腹泻脾肾阳虚证具有较好临床疗效,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　诊断标准　(1)西医诊断参照《功能性肠病与罗马Ⅲ》[1]中功能性腹泻诊断标准:至少75%的排便为不伴腹痛的松软(糊状)或水样便,诊断前症状出现至少6个月,近3个月症状符合以上标准。腹泻分度参照《胃肠疾病中医证候评分表》,大便稀溏,每日6次以上为重度,每日4~5次为中度,每日小于4次为轻度。(2)中医辨证参照《肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017年)》[2]中脾肾阳虚证辨证标准。主症:黎明即泻;腹部冷痛,得温痛减。次症:腰膝酸软;大便或有不消化食物;形寒肢冷。舌脉:舌质淡胖,边有齿痕,苔白滑;脉沉细。证型确定:具备主证2项加次证2项,或主证第1项加次证3项,并参考舌脉进行诊断。

1.2　纳入标准　(1)年龄≥18岁,≤70岁;(2)符合上述诊断标准;(3)常规实验室检查及影像学无明显异常;(4)依从性良好。

1.3　排除标准　(1)年龄<18岁或者>70岁者;(2)有严重心脑血管疾病,肝肾功能异常;(3)有糖尿病、甲亢、恶性肿瘤、血液、结缔组织疾病;(4)妊娠及哺乳期妇女;(5)近2周服用过调节肠道菌群及胃肠动力药物。

通讯作者:朱莹,E-mail:zhuying089@126.com

1.4　一般资料　本研究经医院医学伦理委员会审核通过。选取2017年10月至2018年6月我院脾胃病科门诊及住院的功能性腹泻脾肾阳虚证患者60例。采用随机数字表法,将符合诊断标准的患者分为两组各30例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

表1　两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,年)	腹泻分度(例)		
		男	女			轻度	中度	重度
治疗组	30	14	16	39.8±6.3	3.2±1.7	6	22	2
对照组	30	13	17	40.3±5.2	3.9±1.4	7	21	2

1.5　治疗方法

1.5.1　对照组　予马来酸曲美布汀片(商品名:舒丽启能,天津田边制药有限公司)口服,0.1 g/次,3次/d;双歧杆菌四联活菌片(杭州远大生物制药有限公司,规格:0.5 g×24片)口服,1.5 g/次,3次/d。疗程为4周。

1.5.2　治疗组　予溃结宁膏(湖南中医药大学第二附属医院自制,由炮附子、细辛、丁香、白芥子、延胡索、赤芍、生姜等组成,具有温补脾肾之效)贴敷,贴于气海、中脘、天枢(双)、足三里(双),每次贴敷时间约4 h,1次/d。疗程为4周。

1.6　观察指标与疗效标准　(1)治疗前后对所有患者进行排便次数及粪便性状计分评估。排便次数:每日0~2次计0分,每日3~4次计2分,每日5~6次计4分,每日多于6次计6分。粪便性状:成形软便计0分,大便不成形计2分,大便稀溏计4分,大便如水样计6分[3]。(2)中医证候积分。观察所有患者治疗前后主

证和次证的变化。所有证候都分为无、轻、中、重4级，主症分别记0、2、4、6分，次症则分别记0、1、2、3分。(3)疗效标准。临床痊愈：症状、体征消失或基本消失，证候积分减少≥95%；显效：症状、体征明显改善，证候积分减少≥70%且<95%；有效：症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%且<70%；无效：症状、体征均无明显改善或加重，证候积分减少不足30%[2]。

1.7 统计学方法 应用SPSS 20.0统计分析软件进行统计分析，计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，正态分布资料比较采用t检验；若为非正态分布资料比较，则采用非参数检验；计数资料用率(%)表示，两组比较采用χ^2检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者排便次数计分比较 治疗前两组患者排便次数计分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组患者排便次数计分均降低，且治疗组患者排便次数计分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表2 两组患者排便次数计分比较 ($\bar{x}\pm s$，分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	3.73±1.02	1.87±1.66[ab]
对照组	30	3.67±1.06	2.53±1.48[a]

注：与治疗前比较，[a]$P<0.05$；与对照组比较，[b]$P<0.05$

2.2 两组患者粪便性状计分比较 治疗前两组患者粪便性状计分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组患者粪便性状计分均降低，且治疗组患者粪便性状计分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

表3 两组患者粪便性状计分比较 ($\bar{x}\pm s$，分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	4.73±1.70	2.20±1.52[ab]
对照组	30	4.53±1.81	3.13±1.80[a]

注：与治疗前比较，[a]$P<0.05$；与对照组比较，[b]$P<0.05$

2.3 两组患者中医证候总积分比较 治疗前两组患者中医证候总积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后两组患者中医证候总积分均降低，且治疗组患者中医证候总积分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

表4 两组患者中医证候总积分比较 ($\bar{x}\pm s$，分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	9.43±2.11	2.90±3.27[ab]
对照组	30	9.47±1.81	4.13±3.96[a]

注：与治疗前比较，[a]$P<0.05$；与对照组比较，[b]$P<0.05$

2.4 两组患者临床疗效比较 治疗组总有效率为90.00%(27/30)，对照组为76.67%(23/30)，治疗组疗效优于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表5)

表5 两组患者临床疗效比较 (例)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	12	10	5	3	27
对照组	30	8	9	6	7	23

3 讨 论

功能性腹泻的发病机制尚不明确，现代医学认为该病的发生可能与胃肠动力和内脏感觉异常、菌群失调、精神心理因素、饮食结构等有关。功能性腹泻虽然没有胃肠道的器质性病变，但其病程长易反复，影响人们的日常生活。

中医药治疗功能性腹泻具有一定的优势。功能性腹泻属于中医学泄泻范畴，中医学认为泄泻的病理因素主要是湿，湿易困脾，脾受湿困，脾失健运，肠道功能失司，故致泄泻。功能性腹泻的中医证型包括脾胃虚弱、脾肾阳虚、肝郁脾虚、寒热错杂等[4]。功能性腹泻病程长，易致阳气损伤，故脾肾阳虚证是临床常见证型之一。

为评估溃结宁膏穴位敷贴治疗功能性腹泻脾肾阳虚证的临床疗效，本研究以马来酸曲美布汀、双歧杆菌四联活菌为对照。溃结宁膏具有温补脾肾之效。穴位敷贴选取气海、中脘、天枢、足三里等穴位，具有补肾固元、健脾化湿之功。溃结宁膏穴位敷贴治疗具有药物透皮吸收及经络系统调节的双重治疗效果。溃结宁膏为朱莹根据多年临床治疗溃疡性结肠炎脾肾阳虚证的经验所创。前期研究表明溃结宁膏穴位敷帖治疗可明显改善溃疡性结肠炎脾肾阳虚证患者的临床症状，降低促炎因子的含量，增加抗炎因子的水平[5-9]。根据中医辨证论治及异病同治，将溃结宁膏穴位敷贴治疗扩大应用于功能性腹泻脾肾阳虚证的治疗。结果显示西药马来酸曲美布汀、双歧杆菌四联活菌与溃结宁膏穴位敷贴治疗均能改善功能性腹泻脾肾阳虚证患者的排便次数及粪便性状；溃结宁膏穴位敷贴治疗组患者的排便次数及粪便性状、中医证候改善优于西药马来酸曲美布汀、双歧杆菌四联活菌。溃结宁膏穴位敷贴治疗组总有效率优于对照组。

综上所述，溃结宁膏穴位敷贴治疗功能性腹泻脾肾阳虚证能有效缓解临床症状，具有较好临床疗效。

参考文献

[1] 罗金燕.功能性肠病与罗马Ⅲ[J].胃肠病学，2006，11(12)：739-740.

[2] 李军祥，陈誥，唐旭东，等.肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志，2018，26(3)：227-232.

[3] 周爽.黄芪建中汤加味治疗功能性腹泻(脾阳气虚型)临床观察[D].成都：成都中医药大学，2018.

[4] 刘燕，白世敬，马捷，等.功能性腹泻中医研究进展[J].辽宁中医药大学学报，2015，17(2)：78-80.

[5] 毛婧，朱莹，周瑾，等.溃结宁膏穴位敷贴对实验性溃疡性结肠炎大鼠IL-6/JAK2/STAT3信号通路的影响[J].中国中医急症，2018，27(7)：1167-1170.

[6] 王璇，朱莹，邹君君.溃结宁膏穴位敷贴对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎大鼠血清及结肠组织促炎因子与抗炎因子的影响[J].中国中医药信息杂志，2016，23(3)：42-46.

[7] 郭维军，朱莹，赵希.溃结宁膏穴位贴敷治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎临床研究[J].中国中医药信息杂志，2013，20(7)：10-12.

[8] 黄磊，蔡植，朱莹，等.溃结宁膏穴位贴敷治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎：随机对照研究[J].中国针灸，2013，33(7)：577-581.

[9] 邹君君，朱莹，张晓江，等.溃结宁膏穴位敷贴对脾肾阳虚型溃疡性结肠炎的临床疗效及其对血清γ干扰素、白细胞介素-4的影响[J].中国中西医结合消化杂志，2013，21(6)：305-307.

(收稿日期：2018-10-30 编辑：罗英姣)

引用:高锋,周仲瑜,孙晶晶.关于针灸经络证治与病案首页中中医诊断的思考[J].中医药导报,2019,25(24):28-30.

关于针灸经络证治与病案首页中中医诊断的思考

高　锋[1,2],周仲瑜[1,2],孙晶晶[3]

(1.湖北省中医院,湖北　武汉　430061;
2.湖北省中医药研究院,湖北　武汉　430074;
3.湖北中医药大学临床技能实训中心,湖北　武汉　430061)

[摘要]　以"坐骨神经痛"为例,收集湖北省中医院针灸科2016—2017年病案首页中相关病例1126例,与"十二五"规划教材《针灸治疗学》中相关章节进行辨证分型比对,发现二者不符。列举《中医病证分类与代码》(TCD)中与"太阳经病"相关的病、证名称,说明目前病案采用的TCD诊断系统偏离针灸临床经络证治的重要特点,不能满足针灸临床实践需要。建议在TCD中加入十二经病、十二经筋病、十五络脉病、奇经八脉病病名,以利于针灸临床诊断规范化。

[关键词]　经络证治;针灸;诊断;辨经;病案;针灸治疗学;中医病证分类与代码;坐骨神经痛

[中图分类号]　R245-0　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0028-03

目前针灸临床病案首页中,疾病的中医诊断,包括病名诊断和证型诊断,普遍依据《中医病证分类与代码》(TCD)而制定选项供临床医师选择。然而越来越突出的问题是,针灸临床除了辨病和辨证外,还必须辨经,经络证治是针灸临床最重要最鲜明的诊疗特点[1],而TCD中病证分类并不能切合针灸临床这一诊治特点,也根本无法满足针灸临床诊断需求。本文通过提出这一问题和解决方法,以期促进针灸临床诊断规范化。

1　发现问题

笔者以"坐骨神经痛"为例,收集湖北省中医院针灸科2016—2017年出院患者病案首页中西医诊断为"坐骨神经痛"(ICD-10编码为M54.300)、"腰椎间盘脱出伴坐骨神经痛"(ICD-10编码为M51.101)的病例1126例,结合"十二五"规划教材《针灸治疗学》中第6章第9节"坐骨神经痛"辨证分型进行分析、说明。

表1　1126例坐骨神经痛中医辨证分型分析

中医病名及编码	例数	临床辨证分型及编码	例数	教材中分型	例数
肢痹病(BNV270)	315	气滞血瘀证(ZYVXK0)	246	足太阳经型	0
腰痹病(BNV263)	542	气虚血瘀证(ZYVXM0)	132	足少阳经型	0
腰痛病(BNS150)	269	寒湿阻络证(ZBHM80)	457		
		肝肾亏虚证(ZZGS20)	291		

"坐骨神经痛"相当于中医痹证、腰痹、腰腿痛等范畴,由表1可见,病案首页中相应中医辨证诊断未见到"足太阳经型""足少阳经型",病名诊断中更无"足太阳经病""足少阳经病",这不符合临床实际。

查看《中医病证分类与代码》中与"足太阳经型""足少阳经型"字段相近的病、证名称。TCD中与"足太阳经型""足少阳经型"字段相近的病、证名均属伤寒学科,无一为针灸学科范畴。(见表2)

表2　相关病、证名称及编码

"太阳"相关病证	编码	"少阳"相关病证	编码
太阳病	BNW150	少阳病	BNW160
太阳证	0	少阳证	ZLS000
太阳经证	ZLT000	邪郁少阳证	ZBXS10
太阳腑证	ZLT001	邪入少阳证	ZBXS20
太阳中风表虚证	ZLT002	邪在少阳证	ZBXS21
太阳中风证	ZLT010	热伏少阳证	ZBRSA0
太阳伤寒表实证	ZLT011	热郁少阳证	ZBRSB0
太阳伤寒证	ZLT020		
太阳表郁轻证	ZLT021		
太阳结胸证	ZLT030		
太阳脏结证	ZLT040		
太阳痞证	ZLT050		
太阳下焦滑脱痞证	ZLT060		
太阳寒证	ZLT070		
太阳虚寒证	ZLTH00		
太阳虚寒-心阳虚证	ZLTH10		
太阳虚寒-阳虚兼水气证	ZLTH11		
太阳虚寒-脾虚证	ZLTH12		
太阳虚寒-肾阳虚证	ZLTH13		

通讯作者:孙晶晶,E-mail:8505027@qq.com

续表2：

“太阳”相关病证	编码	“少阳”相关病证	编码
太阳寒实结胸证	ZLTH14		
太阳寒热错杂痞证	ZLTH20		
太阳热证	ZLTH30		
太阳热证结胸证	ZLTR10		
太阳热痞证	ZLTR20		
太阳上热下寒证	ZLTR30		
太阳痰气痞证	ZLTR40		
太阳蓄水证	ZLTT10		
太阳水痞证	ZLTT20		
太阳火逆证	ZLTT30		
太阳蓄血证	ZLTU10		
太阳阴阳两虚证	ZLTX10		
	ZLTY10		

有关针灸学科中诊断与临床实践脱节的问题，曾有专家指出，高等中医药院校教材《针灸治疗学》作为针灸诊治主要依据，存在针灸与中药内治法的辨证诊断雷同，没有体现出针灸疗法的特点，很大程度上脱离针灸的临床实际，明显地影响针灸临床诊断水平的提高[2]。作为培养中医针灸人才的基础工具，《针灸治疗学》教材经过多次改版，从源头上逐渐重视学科特点，不断强化针灸临床诊治特点中辨经论治的重要性。而病案首页作为医疗行为的终端之一，所采用的诊断系统在专科病证诊断方面亦不能契合专科临床诊治特点，不能真实反映临床实践，更是一种新的脱节。

2　相关说明

辨证论治为中医学理论体系基本特点之一[3]。早有专家指出，针灸属外治法，与同在中医理论指导下的药物内治法相比，针灸临床辨证论治有其独特之处，除运用八纲、脏腑、气血、病因等辨证方法外，更主要的是辨经[4]。亦有专家强调：辨经是针灸治疗学的辨证核心[5]。越来越多的研究表明，经络辨证论治是指导针灸临床取穴的可靠依据[6-8]，也是指导中医内科、外科、皮肤科等其他各科临床用药治疗的重要依据[9-10]。因此，抛弃经络证治这个针灸学理论的核心，势必影响针灸治疗的病种范围、临床疗效以及临床教学、科研工作[11]。

3　解决思路

为了解决上述问题，笔者建议，可考虑在现行TCD中加入十二经病、十二经筋病、十五络脉病、奇经八脉病病名诊断，具体见表3。

表 3　拟增加针灸临床诊断病名

手三阴	手三阳	足三阳	足三阴	奇经八脉
手太阴肺经病	手太阳小肠经病	足阳明胃经病	足太阴脾经病	任脉病
手太阴络脉病	手太阳络脉病	足阳明络脉病	足太阴络脉病	任脉络脉病
手太阴经筋病	手太阳经筋病	足阳明经筋病	足太阴经筋病	督脉病
手少阴心经病	手阳明大肠经病	足太阳膀胱经病	足少阴肾经病	督脉络脉病
手少阴络脉病	手阳明络脉病	足太阳络脉病	足少阴络脉病	脾之大络病
手少阴经筋病	手阳明经筋病	足太阳经筋病	足少阴经筋病	冲脉病
手厥阴心包经病	手少阳三焦经病	足少阳胆经病	足厥阴肝经病	带脉病
手厥阴络脉病	手少阳络脉病	足少阳络脉病	足厥阴络脉病	阴维脉病
手厥阴经筋病	手少阳经筋病	足少阳经筋病	足厥阴经筋病	阳维脉病
				阴跻脉病
				阳跻脉病

关于病名与证名的区别，病名代表具体疾病全过程的特点与规律，证名代表疾病当前所处阶段的主要矛盾，病与证具有纵横交错的关系，所以临床有同病异证、异病同证等情况[12]。之所以增设以上病名诊断，而非增设为证名诊断，是基于《内经》及《难经》等其他典籍中有关各经脉病、络脉病、经筋病原文。例如和上述“坐骨神经痛”有关的足太阳经脉病候，《灵枢·经脉》言：“是动则病：冲头痛，目似脱，项如拔，脊痛，腰似折，髀不可以曲，腘如结，踹如裂，是为踝厥。”文中描述了疼痛、痉挛、厥冷等多类症状，部位包括头部、眼部、项部、脊背部、腰部、腿部、踝部等，包括坐骨神经痛的临床表现在内，归纳为疾病的临床表现更为合适，也有利于临床实践中中西医疾病诊断相对应。而从腧穴主治规律来看，《灵枢·经脉》：“是主筋所生病者：痔，疟疾，狂、癫疾，头囟项痛，目黄，泪出，鼽衄，项、背、腰、尻、腘、踹、脚皆痛，小指不用。”指出足太阳经腧穴主治与“筋”相关的疾病及症状：痔，疟疾，躁狂，癫痫，项痛，眼睛昏黄，鼻塞，项背部、腰部、骶部、膝部、腓肠肌、足趾等发生的疼痛，足小趾活动不利等，其中当然也包含了足太阳经脉本经病证，从这个角度来看，也适合将足太阳经脉病归为病名。又如有关足少阳胆经经脉的病候，《灵枢·经脉》言：“是动则病：口苦，善太息，心胁痛，不能转侧，甚则面微有尘，体无膏泽，足外反热，是为阳厥。”描述了口苦、叹息、胸胁痛、面色灰暗、体肤无泽、小腿外侧发热以及足少阳部气血阻逆的厥冷、麻木、酸痛等多种证候，其中有发热，亦有寒厥，属于“同病异证”的情况。有关手太阳小肠经经脉的病候，《灵枢·经脉》：“是动则病：嗌痛，颔肿，不可以顾，肩似拔，臑似折”，表明该经脉为病，临床表现为咽喉疼痛，下颏肿大不能回头，肩部牵扯疼痛，上臂痛似折断一样。而有关手少阴经脉病候，《灵枢·经脉》：“是动则病：嗌干，心痛，渴而欲饮，是为臂厥”，表明本经脉为病，表现为咽喉干燥，心痛，口渴欲饮及前臂厥冷、麻木、酸痛等症状，亦包含热证、寒证。有关足少阴肾经经脉病候，《灵枢·经脉》：“是动则病：饥不欲食，面如柴漆，咳唾则有血，喝喝而喘，坐而欲起，目眩眩如无所见，心如悬若饥状，气不足则善恐，心惕惕如人将捕之，是为骨厥”，表明该经脉为病，临床表现饥不欲食，面色黯黑，咳嗽痰唾带血，两眼昏花，心悬而不安，心生恐惧，以及骨方面的厥冷、酸痛等气血阻逆症状，包含虚证、实证，也反映了“同病异证”。又如有关督脉病候，《灵枢·海论》：“髓海不足，则脑转耳鸣、胫酸、眩冒，目无所见，懈怠，安卧”；《素问·骨空论篇》：“督脉为病，脊强反折”；《脉经》：“腰脊强痛，不得俯仰，大人癫疾，小人风痫疾”。说明督脉为病，临床表现主要是关于头目五官、脊柱及四肢部位的症状，包括头重、眩晕、耳鸣、眼花、嗜睡及腰脊强痛、癫狂、痫疾等等，总体分为虚、实两端。有关任脉病候，《素问·骨空论篇》：“任脉为病，男子内结七疝，女子带下瘕聚”“其女子不孕，癃、痔、遗溺、嗌干”，表明任脉病主要为下腹部、生殖器官及咽喉部的症状，亦可分为虚、实两种。而有关阳维脉、阴维脉病候，《素问·刺腰痛篇》言：“阳维之脉令人腰痛，痛上怫然肿，刺阳维之脉”，《难经·二十九难》言：“阳维维于阳，阴维维于阴，阴阳不能相维则怅然失志，溶溶不能自收恃……阳维为病苦寒热，阴维为病苦心

痛”，可见阳维脉为病，临床表现为腰痛、精神涣散、体力松懈及寒热、头痛、目眩等阳证、表证，而阴维脉为病，临床表现为心腹痛、胸胁痛等阴证、里证。总之，考察十二经脉病、奇经八脉病病候，每一经脉为病，临床症状不一而足，反映的多是“同病异证”，不可能归结为某一种或虚证、或实证、或寒证、或热证的辨证分型。

同样的道理也适合十二经筋病。例如有关足太阳经筋病候，《灵枢·经筋》言：“其病：小指支，跟肿痛，腘挛，脊反折，项筋急，肩不举，腋支，缺盆中纽痛，不可左右摇”，表明该经筋病症表现为足小趾僵硬不适，足跟肿痛，腘窝挛急，脊背反张，项背筋脉拘急，肩部抬举困难，腋部僵硬不适，缺盆中纽掣样疼痛、左右活动不能，提示为经筋痹阻不通的筋痹病。有关足阳明经筋病候，《灵枢·经筋》言：“其病：足中指支，胫转筋，脚跳坚，伏兔转筋，髀前肿，㿉疝，腹筋急，引缺盆及颊，卒口僻，急者目不合，热则筋纵、目不开。颊筋有寒则急，引颊移口；有热则筋弛纵，缓不胜收，故僻”，明确指出本经筋病除了足趾、下肢拘挛、僵痛及疝气外，尚有口眼歪斜之症（面瘫病），且分为寒、热二种证候。又如手太阳经筋病候，《灵枢·经筋》：“其病：小指支，肘内锐骨后廉痛，循臂阴，入腋下，腋下痛，腋后廉痛，绕肩胛引颈而痛，应耳中鸣，痛引颔，目瞑良久乃得视，颈筋急，则为筋瘘，颈肿，寒热在颈者”，提示临床症状包括小指僵痛、颈肩部牵扯痛、颈部肿大、耳鸣、视物不清以及颈部寒、热之症。而有关足少阴经筋病候，《灵枢·经筋》：“其病：足下转筋，及所过而结者皆痛及转筋。病在此者，主痫瘈及痉，在外者不能俯，在内者不能仰。故阳病者腰反折，不能俯；阴病者，不能仰”，提示其病症包括痫证、抽搐和项背反张等，以及阳筋病的不能前俯和阴筋病的不能后仰等多种症状。又如有关足厥阴经筋病候，《灵枢·经筋》：“其病：足大指支，内踝之前痛，内辅痛，阴股痛，转筋，阴器不用。伤于内则不起，伤于寒则阴缩入，伤于热则纵挺不收”，表明该经筋病症亦包含了寒、热二种证候。因此，将十二经筋病病候分别归纳为病名的诊断，较之归为证型诊断显然更为合适。

十五络脉病也存在同样情况。例如有关足太阳络脉病病候，《灵枢·经脉》：“实则鼽窒，头背痛；虚则鼽衄。取之所别也”，显然，该络脉病包含虚、实二种证候。而有关手太阳络脉病候，《灵枢·经脉》：“实则节弛肘废，虚则生肬”亦包含虚、实二种证候。又如有关手太阴络脉病候，《灵枢·经脉》：“其病：实则手锐章热，虚则欠呿，小便频数”；有关足太阴络脉病候，《灵枢·经脉》：“其病……实则肠中切痛，虚则鼓胀”；又如有关手少阳络脉病候，《灵枢·经脉》：“实，则肘挛，虚，则不收”；有关足少阳络脉病候，《灵枢·经脉》：“实则厥，虚则痿躄，坐不能起”；而有关脾之大络病候，《灵枢·经脉》：“实则身尽痛，虚则百节皆纵”；有关督脉络脉病候，《灵枢·经脉》：“实则脊强，虚则头重”；有关任脉络脉病候，《灵枢·经脉》：“实则腹皮痛，虚则痒搔”。实际上，查看所有十五络脉病候原文，均包含虚、实两种证候，也就是存在“同病异证”的情况。故而将各络脉病归为证型诊断也是不合适的，而宜归结为疾病病名诊断。

由此，笔者认为，以上十二经病、十二经筋病、十五络脉病、奇经八脉病病名诊断一旦设立，将更加有利于针灸临床诊断规范化。例如“坐骨神经痛”为西医病名诊断，而对应中医病名诊断为“足太阳经膀胱经病”或“足少阳胆经病”，辨证分型诊断则为“气滞血瘀证”或“肝肾亏虚证”等等，如此一来，既能保证中医内科学中脏腑辨证的基本要素，又可充分体现出针灸科临床经络证治的重要特点，同时更加有利于发挥针灸临床辨经取穴治疗的指导作用。此外，在中医医院病案首页中，亦能直观地反映针灸临床的专科诊治特点。长远来看，经络病名诊断的规范化突显了针灸医学自身的特点和发展规律，对推动建立针灸临床评价体系是大有裨益的。

参考文献

[1] 高树中，杨骏.针灸治疗学[M].北京：中国中医药出版社，2012：12.
[2] 刘保延.关于建立针灸临床诊断及疗效评价体系的思考[J].中国针灸，2004，24(4)：223.
[3] 印会河.中医基础理论[M].上海：上海科学技术出版社，1984：5.
[4] 于书庄.针灸辨证论治的探讨[J].上海针灸杂志，1985，4(3)：24-26.
[5] 王居易.谈谈针灸治疗学的辨证特点[J].北京中医杂志，1984，3(4)：24-26.
[6] 庞晓峰，衣雪洁，常波.选穴针灸治疗软组织损伤的疗效观察[J].上海针灸杂志，2003，22(4)：14-15.
[7] 邴守兰，陆李还.陆氏针灸论治痛症学术经验浅析术[J].中国中医急症，2017，26(1)：90.
[8] 屈玉山.肩关节周围炎的经络辨证选穴探析[J].中医研究，2017，30(2)：55.
[9] 颜德馨.中医辨证思维与临床诊疗决策之优化[J].上海中医药杂志，2000，34(5)：5.
[10] 刘爱民，屠远辉，胡会丽.季节、脏腑、经络、部位四位一体辨证治疗湿疹的体会[J].中国皮肤性病学杂志，2011，25(4)：307.
[11] 周恩华，邓柏颖，粟胜勇.近3年针灸临床经络证治文献的分析[J].中国针灸，2005，25(1)：42.
[12] 朱文锋.中医诊断学[M].北京：中国中医药出版社，2007：186.

（收稿日期：2018-12-18 编辑：罗英姣）

去伪存真 开拓创新

引用:梁菲,邓斌,陈雅文.原络配穴法结合四磨汤治疗功能性消化不良的临床研究[J].中医药导报,2019,25(24):31-35.

原络配穴法结合四磨汤治疗功能性消化不良的临床研究*

梁　菲[1],邓　斌[2],陈雅文[3]

(1.广州医科大学附属第五医院,广东　广州　510700;
2.中山大学附属第一医院东院,广东　广州　510700;
3.广州市荔湾区中医医院,广东　广州　510160)

[摘要]　目的:观察原络配穴法结合四磨汤治疗功能性消化不良(FD)的疗效及对患者中医证候积分、生化指标及生活质量的影响。方法:选取116例FD患者,按随机数字表法分为治疗组和对照组各58例。对照组患者予口服多潘立酮片,治疗组患者予原络配穴法针刺结合口服四磨汤,疗程14 d。观察治疗前后两组患者中医证候积分、生活质量评分及血清乙酰胆碱酯酶(AchE)、血浆胃动素(MTL)、血清胆囊收缩素(CCK)、一氧化氮(NO)、血浆生长抑素(SS)的变化,并观察两组临床疗效和不良反应发生情况。结果:治疗组总有效率(98.28%)高于对照组(89.66%),差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后中医证候积分均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者治疗后中医证候积分低于对照组($P<0.05$)。两组患者治疗后AchE、MTL均较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组患者治疗后AchE、MTL均高于对照组($P<0.05$);两组患者治疗后CCK、NO、SS均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者治疗后CCK、NO、SS均低于对照组($P<0.05$)。对照组患者治疗结束2个月后社会功能(SF)和生理职能(RP)评分均较治疗前升高($P<0.05$),治疗组患者治疗结束2个月后精神健康(MH)、情感职能(RE)、SF、活力(VT)、总体健康(GH)、RP评分及总评分均较治疗前升高($P<0.05$);治疗组患者治疗结束2个月后MH、RE、SF、VT、GH、RP评分及总评分均高于对照组($P<0.05$)。治疗组患者不良反应发生率(10.34)低于对照组(1.72%),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:原络配穴法结合四磨汤治疗FD疗效确切,安全可靠,能够降低患者中医证候积分,促进患者胃肠蠕动,提高患者生活质量。

[关键词]　功能性消化不良;原络配穴法;四磨汤;针药结合;中医证候积分;生化指标;生活质量

[中图分类号]　R246.1　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0031-05

Effect of Origin Collateral Acupoint Matching Method Combined with Simo Decoction (四磨汤) on Functional Dyspepsia

LIANG Fei[1], DENG Bin[2], CHEN Ya-wen[3]

(1.The Fifth Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou Guangdong 510700, China; 2.The Eastern Hospital of The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou Guangdong 510700, China; 3.Guangzhou Liwan District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510160, China)

[Abstract]　Objective: To explore the curative effect of origin collateral acupoint matching method combined with Simo decoction on functional dyspepsia (FD) and its influence on TCM symptom score, biochemical index and quality of life. Methods: The 116 FD patients were divided into treatment group (n=58) and control group (n=58) according to random number table method. The control group was treated with oral domperidone tablets. The treatment group was treated with the origin collateral acupoint matching method combined with Simo decoction. The clinical effects of the two groups were analyzed. The scores of TCM symptoms, laboratory tests before treatment and 14 days after treatment were compared between the two groups; the quality of life score before

*基金项目:广东省中医药管理局面上科研项目(201700240),项目名称:原络配穴法结合四磨汤对功能性消化不良患者的临床研究
通讯作者:梁菲,E-mail: bfsshu@163.com

treatment and 2 months after treatment were compared between the two groups, and the occurrence of adverse reactions was observed. Results: The total effective rate of the treatment group (98.28%) was higher than that of the control group (89.66%) ($P<0.05$). The scores of TCM syndrome in the two groups were lower than those before treatment ($P<0.05$), and the scores of TCM syndrome in the treatment group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, AchE and MTL in the two groups were higher than those before treatment ($P<0.05$), and AchE and MTL in the treatment group were higher than those in the control group ($P<0.05$); CCK, NO and SS in the two groups were lower than those before treatment ($P<0.05$), and CCK, NO and SS in the treatment group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The scores of social function (SF) and physiological function (RP) in the control group were higher than those before treatment ($P<0.05$), and the scores of mental health (MH), emotional function (RE), SF, vitality (VT), overall health (GH), RP and total score in the treatment group were higher than those before treatment ($P<0.05$). The scores of MH, RE, SF, VT, GH and RP in the treatment group were higher than those in the control group ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions in the treatment group (10.34) was lower than that in the control group (1.72%), the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: Origin collateral acupoint matching method combied with Simo decoctionon is effective, safe and reliable on treating functional dyspepsia. It can reduce the scores of TCM symptoms, promote gastrointestinal peristalsis and improve the quality of life of patients.

[Keywords] functional dyspepsia; origin collateral acupoint matching method; Simo decoction; combination of acupuncture and medicine; TCM symptom score; biochemical index; quality of life

功能性消化不良(functional dyspepsia,FD)是一种胃肠道功能性疾病,临床上较为常见[1]。在我国,消化不良的发病率约为30%,而其中FD约占60%[2]。现代医学对FD的治疗主要以抗焦虑、促胃动力和抑酸护胃等药物治疗为主,其虽能在短期内改善患者症状,但停药后患者极易复发,容易对药物产生一定的依赖性,因此对于FD的治疗需寻求更为有效的手段。FD在中医中属于嘈杂、胃痛及痞满等范畴[3],其中医治疗主要是将临床症状与经脉、气血和脏腑联系起来,由此发展出了一系列疗法。原络配穴法是通过将冲阳穴和公孙穴进行结合治疗,以起到和胃健脾之功效[4]。四磨汤的主要成分包括木香、槟榔、枳壳和乌药,具有疏肝和胃、顺气降逆的功效。研究表明,原络配穴法和四磨汤均对功能性胃肠道疾病具有较好的临床效果[5-6],但关于两者结合使用却鲜有报道。本研究通过分析原络配穴法结合四磨汤治疗FD患者的疗效及对患者患者中医证候积分、生化指标及生活质量的影响,为FD的治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照罗马Ⅲ学术委员会于2006年制定的FD诊断标准[7]。(1)满足上腹有灼烧感、上腹疼痛、餐后易产生饱胀感和早饱等症状中至少一项;(2) 无明显的器质性病变,胃镜检查结果显示正常,B超检查结果未发现有肝胆病变。

1.1.2 中医辨证标准 参照《功能性消化不良中医诊疗规范(草案)》[8]的诊断标准,辨证为肝胃不和证。主症:胃部胀痛,两肋胀满;次症:因情志不畅而发作 或加重,心烦且易怒,善太息,痞塞不舒,腹胀,便秘;舌脉:舌淡红,苔 薄白,脉弦。凡具备主症和任意次症2项及以上,结合舌脉,即可判定为肝胃不和证。

1.2 纳入标准 (1) 符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;(2)FD症状持续半年以上;(3) 无心肾等重要脏器疾病;(4)无精神障碍家族史;(5)并签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)1年内有重大生活事件;(2)对多潘立酮、针刺和四磨汤治疗过敏;(3)无法准确表达自身不适症状;(4)2个月内服用过抗抑郁等精神类药物;(5)中途退出研究者。

1.4 一般资料 本研究经医院医学伦理委员会审核通过。选取2016年2月至2018年10月广州医科大学附属第五医院和中山大学附属第一医院东院收治的FD患者116例,其中广州医科大学附属第五医院21例,中山大学附属第一医院东院95例,按随机数字表法将患者分为对照组和治疗组各58例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,年)	性别(例)	
				男	女
对照组	58	43.23±5.71	1.53±0.56	30	28
治疗组	58	42.83±5.32	1.47±0.48	31	27
$t/Z/\chi^2$		0.096	0.096	0.143	
P		0.834	0.834	0.689	

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 予口服多潘立酮片(海南制药厂有限公司制药一厂,规格:10 mg/片)治疗,3次/d,1片/次,连续服用14 d。

1.5.2 治疗组 采用原络配穴法结合四磨汤治疗。(1)予口

服四磨汤口服液(湖南汉森制药公司,规格:10 mL/支)治疗,3次/d,1支/次,连续服用14 d。(2)予原络配穴法针刺,局部皮肤酒精擦拭消毒,用1.5寸毫针对准患者的冲阳穴、公孙穴直刺,冲阳穴针刺深度为0.5~1 cm,注意避开患者的动脉,公孙穴针刺深度为1~1.5 cm,均运用平补平泻手法,得气为宜。针刺治疗1次/d,每次留针20 min,连续治疗14 d。

1.6　观察指标

1.6.1　中医证候积分　中医证候分级量化的具体标准参考《中药新药临床研究指导原则》[9],将证候分为轻、中、重3个级别,主症分别记2、4、6分,次症分别记1、2、3分,无症状则记0分。对患者的每项证候进行客观打分,中医证候积分为各项得分的总和,根据以上标准分别评价两组患者治疗前及治疗14 d后的中医证候积分。

1.6.2　实验室检查　两组患者分别于治疗前及治疗14 d后抽取晨起空腹静脉血6 mL,分成两份,一份静置1 h后以3000 r/min离心15 min,分离血清,保存待测;另一份置于抗凝管中,迅速在4 ℃条件下以4000 r/min离心15 min,离心后将上清(血浆)分装到1.5 mL的离心管中,保存待测。血清一氧化氮(nitric oxide,NO)含量的检测采用硝酸还原酶测定法(试剂盒购自艾美捷科技有限公司),血清乙酰胆碱酯酶(acetylcholinesterase,AchE)含量的检测采用化学比色法(试剂盒购自艾美捷科技有限公司),血清胆囊收缩素(cholecystokinin,CCK)和P物质(p substance,SP)含量的检测采用放射免疫检测法(CCK试剂盒购自远达晶美科技有限公司,SP试剂盒购自上海康朗生物科技有限公司),血浆生长抑素(somatostatin,SS)与胃动素(motilin,MTL)含量采用放射免疫检测法(SS试剂盒购自上海广锐生物科技有限公司,MTL试剂盒购自上海信宇生物科技有限公司),严格按照试剂盒说明书进行。

1.6.3　生活质量评分　分别于治疗前及治疗结束后2个月采用健康调查简表[10](the MOS item short from health survey,SF-36)评估两组患者的生活质量,量表中涉及生理功能(physiological function,PF)、生理职能(role physical,RP)、身体疼痛(body pain,BP)、总体健康(general health,GH)、活力(vitality,VT)、社会功能(social function,SF)、情感职能(role emotional,RE)和精神健康(mental health,MH)8个维度,共36个项目。医护人员据实记录患者真切的生活感受,不可给予主观诱导。根据(实际最初得分-该维度最低可能得分)/(该方面最高可能得分-最低可能得分)×100计算该维度最终得分,总评分则为各维度评分之和。

1.6.4　不良反应　观察并记录两组患者治疗期间不良反应,如皮疹、嗜睡、间歇性腹痛等。

1.7　疗效标准　参照《中药新药临床研究指导原则》[9]制定。痊愈:患者的阳性体征、临床症状消失;显效:患者的阳性体征、临床症状基本消失;有效:患者的阳性体征、临床症状减轻;无效:患者的阳性体征、临床症状未减轻,甚至加重。

1.8　统计学方法　采用SPSS 21.0软件进行统计分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较符合正态分布,采用独立样本t检验,组内比较采用配对样本t检验;计数资料以率(%)表示,采用χ^2检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2　结　果

2.1　两组患者临床疗效比较　治疗组总有效率为98.28%,对照组总有效率为89.66%,治疗组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表2)

表 2　两组患者临床疗效比较　[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	58	5(8.62)	16(27.59)	31(53.45)	6(10.34)	52(89.66)
治疗组	58	15(25.86)	24(41.38)	18(31.04)	1(1.72)	57(98.28)

2.2　两组患者治疗前后中医证候积分比较　治疗前,两组患者中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。两组患者治疗后中医证候积分均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者治疗后中医证候积分低于对照组($P<0.05$)。(见表3)

表 3　两组患者中医证候积分比较　($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗14 d后
对照组	58	23.76±3.13	10.89±1.29[a]
治疗组	58	24.01±3.21	5.18±1.02[a]
t		0.425	26.443
P		0.672	0.000

注:与治疗前比较,[a]$P<0.05$

2.3　两组患者血清SP、AchE、CCK及NO含量比较　治疗前,两组患者血清SP、AchE、CCK及NO含量比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。两组患者治疗后血清SP和AchE含量均较治疗前升高,而CCK和NO含量均较治疗前降低($P<0.05$);治疗组患者治疗后AchE含量高于对照组,CCK和NO含量均低于对照组($P<0.05$);两组患者治疗后SP含量比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表4)

表 4　两组患者血清 SP、AchE、CCK 及 NO 含量比较　($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	SP(pg/mL)		AchE(U/mL)		CCK(ng/L)		NO(μ mol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	58	40.15 ± 2.36	45.24 ± 2.71[a]	5.93 ± 0.67	7.38 ± 0.82[a]	284.62 ± 17.16	213.45 ± 13.28[a]	69.34 ± 2.61	48.71 ± 1.98[a]
治疗组	58	40.79 ± 2.43	46.17 ± 2.61[a]	6.02 ± 0.73	10.12 ± 0.93[a]	287.73 ± 16.29	152.15 ± 10.31[a]	70.12 ± 1.89	32.76 ± 1.56[a]
t		1.298	2.817	1.367	4.726	2.121	5.763	2.098	5.879
P		0.289	0.166	0.276	0.024	0.198	0.011	0.187	0.010

注:与治疗前比较,[a]$P<0.05$

2.4　两组患者血浆SS及MTL含量比较　治疗前，两组患者血浆SS和MTL含量比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比。两组患者治疗后血浆SS含量均较治疗前降低（$P<0.05$），MTL含量均较治疗前升高（$P<0.05$）；治疗组患者治疗后血浆SS含量低于对照组，MTL含量高于对照组（$P<0.05$）。（见表5）

表5　两组患者血浆SS及MTL含量比较　（$\bar{x}\pm s$，pg/mL）

组别	例数	SS		MTL	
		治疗前	治疗14 d后	治疗前	治疗14 d后
对照组	58	17.13±1.28	12.65±1.19[a]	127.45±25.71	226.23±21.87[a]
治疗组	58	17.49±1.31	8.13±0.98[a]	173.54±30.81	254.65±32.69[a]
t		2.673	5.237	2.624	5.656
P		0.219	0.014	0.261	0.011

注：与治疗前比较，[a]$P<0.05$

2.5　两组患者生活质量评分比较　治疗前，两组患者生活质量各维度评分及总分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。对照组患者治疗结束后2个月SF和RP评分较治疗前升高，MH、RE、VT、GH、BP、PF评分及总评分与治疗前比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗组患者治疗结束后2个月MH、RE、SF、VT、GH、RP评分及总评分较治疗前升高（$P<0.05$），治疗组患者BP、PF评分与治疗前比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗组患者治疗结束2个月后MH、RE、SF、VT、GH、RP评分及总评分均高于对照组（$P<0.05$），两组患者治疗结束后2个月BP和PF评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。（见表6）

表6　两组患者生活质量评分比较　（$\bar{x}\pm s$，分）

维度	时间	对照组(n=58)	治疗组(n=58)	t	P
MH	治疗前	63.13±2.73	62.89±3.98	2.899	0.191
	治疗结束后2个月	63.74±2.31	76.90±1.87[a]	4.185	0.029
RE	治疗前	48.71±1.98	47.90±1.87	2.676	0.187
	治疗结束后2个月	49.13±2.12	67.87±2.12[a]	4.335	0.025
SF	治疗前	60.35±1.65	59.76±1.46	2.561	0.129
	治疗结束后2个月	62.17±1.61[a]	71.78±3.12[a]	4.483	0.024
VT	治疗前	41.27±1.45	40.89±1.32	2.319	0.178
	治疗结束后2个月	41.22±1.36	64.53±2.56[a]	5.283	0.016
GH	治疗前	43.78±1.49	42.63±1.54	2.281	0.192
	治疗结束后2个月	44.12±1.78	60.89±2.27[a]	5.982	0.011
BP	治疗前	61.34±2.71	60.87±2.15	2.512	0.210
	治疗结束后2个月	61.76±2.34	60.77±2.09	2.391	2.918
RP	治疗前	54.76±2.11	53.95±2.01	2.125	0.238
	治疗结束后2个月	56.76±2.34[a]	70.19±3.10[a]	4.211	0.035
PF	治疗前	71.78±4.18	70.12±3.91	1.989	0.265
	治疗结束后2个月	71.67±4.08	70.66±3.79	2.871	0.125
总评分	治疗前	445.12±16.31	439.08±15.98	1.882	0.298
	治疗结束后2个月	450.62±17.87	543.59±19.65[a]	6.821	0.010

注：与治疗前比较，[a]$P<0.05$

2.6　两组不良反应比较　对照组不良反应发生率为10.34%，治疗组不良反应发生率为1.72%，治疗组低于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（见表7）

表7　两组不良反应比较　[例(%)]

组别	例数	皮疹	嗜睡	间歇性腹痛	总发生情况
对照组	58	2(3.45)	3(5.17)	1(1.72)	6(10.34)
治疗组	58	0(0.00)	1(1.72)	0(0.00)	1(1.72)

3　讨　论

目前认为FD发病可能与患者的胃肠道动力下降、胃肠激素紊乱、内脏神经敏感性提高、胃容受力下降、幽门螺旋杆菌感染、精神心理失调等多种因素有关，但对于其发病的具体机制仍然缺乏足够的认识[11]。既往研究报道，采用西药治疗FD在6年之中有半数以上患者会出现复发，而且大约11%的患者病情将恶化，从而使患者出现器质性的胃肠疾病[12]，因此，西药治疗FD仍存在较大缺陷。

中医学认为，FD的病机主要是肝失疏泄，脾失运化，因此中医对FD的治疗以理气止痛、疏肝健脾为主[11]。目前，有较多中医学者认为中医可以有效治疗FD，并提出了一系列治疗方案，例如中药治疗、针灸治疗等[13-14]。尽管中医对FD的治疗方法较为多样，但是仍缺乏足够的疗效评估研究，严重阻碍了中医在FD治疗中的临床应用，因此，FD的中医疗法需要更加系统而科学的临床试验对其疗效进行深入研究，从而更好地推动FD中医治疗的发展。

本研究发现，治疗组的总有效率高于对照组，说明原络配穴法结合四磨汤治疗FD可以提高临床疗效。分析原因为原络配穴法中冲阳穴和公孙穴联合治疗能够调理胃经脾经之脉络，而四磨汤能够疏肝和胃，行气止痛，因此原络配穴法和四磨汤在治疗FD上能够相辅相成，从而能够更好发挥彼此的治疗效果，进而提高了治疗有效率。本研究还发现，治疗14 d后，治疗组患者中医证候积分低于对照组，表明原络配穴法结合四磨汤治疗FD能够改善患者临床症状。冲阳穴是脏腑原气聚集的地方，针刺或者是按摩此处能够梳理胃部气机，从而可以缓解胃疼的症状[15]；而公孙穴是脾经之络穴，具有调经脉、健脾气之功效，对腹痛、胃痛及呕吐等症状具有很好的疗效[16]。四磨汤包括木香、槟榔、枳壳及乌药，其中木香为君药，能够健脾消积、行气止痛；槟榔和枳壳为臣药，能够下气消积、行气宽中[17]；辅之以乌药，能够调肝顺气、理脾胃之气；四者结合能够行气降逆、疏肝和胃。因此原络配穴法结合四磨汤能够明显消除患者胃肠道消化不良的症状。

此外，本研究发现，相比西药治疗，原络配穴法结合四磨汤能够提高患者血清AchE含量，降低血清CCK和NO含量。NO是一种胃肠道神经递质，其能够抑制胃肠道蠕动[18]；AchE参与了乙酰胆碱的代谢过程，而乙酰胆碱能够与乙酰胆碱受体结合，进而引起平滑肌收缩，胃肠道部位的乙酰胆碱则具有促进胃肠道蠕动的功能[19]。CCK是一种脑肠肽，其能够抑制胃排空[20]。临床研究显示，在FD患者中CCK和NO水平升高，而AchE水平下降，这可能是FD患者胃肠功能障碍的因素之一。

FD患者经原络配穴法结合四磨汤治疗后，AchE含量的提高及CCK和NO含量的降低均显示患者的胃肠道动力障碍得到一定的缓解。本研究还发现，与西药治疗相比，原络配穴法结合四磨汤能够降低患者血浆SS含量，升高MTL含量。SS能够抑制胆囊收缩和胃肠道蠕动，MTL能够促进胃肠蠕动。SS含量的降低和MTL含量的升高均表明患者的胃肠蠕动增强。同时，本研究结果中，治疗组治疗结束后2个月的生活质量多数维度评分高于对照组，表明治疗组患者在治疗后康复效果较好。分析原因可能为中医中认为在FD的病因病机中情志因素最为主要，患者的情志失调会引起一系列不良后果，进而导致患者出现胃胀、胃痛等症状，西药无法对患者的情志进行调节，而原络配穴法治疗能够调节患者的情志，进而缓解患者的一系列症状，因此，治疗组患者康复效果较好。

本研究结果还显示，与对照组比较，治疗组患者不良反应发生率明显降低，说明原络配穴法结合四磨汤能够降低不良反应，安全性较好。

综上所述，原络配穴法结合四磨汤治疗FD疗效确切，能够降低患者的中医证候积分，促进患者胃肠蠕动，提高患者生活质量，且安全性较好。值得注意的是虽然本研究证实了原络配穴法结合四磨汤在治疗FD上具有较好的临床疗效，但是对其治疗的具体机制并未进行深入探讨，因此今后需要对其机制进行进一步研究。

参考文献

[1] 齐晓霞，万晓燕，王波，等.四君子汤治疗功能性消化不良的临床疗效分析[J].现代生物医学进展，2017，17(19)：3734-3737.

[2] 杨文广，刘露路，王珏，等.慢性炎症与功能性消化不良研究进展[J].现代医药卫生，2017，33(12)：1801-1803.

[3] 吕林，黄穗平，王静，等.功能性消化不良动物造模方法分析[J].中国中西医结合杂志，2016，36(11)：1378-1380.

[4] 刘潇，李晓陵，李崖雪，等.运用原络配穴法治疗功能性消化不良临床疗效观察[J].针灸临床杂志，2017，33(1)：56-58.

[5] HU Y，BAI Y，HUA Z，et al. Effect of Chinese patent medicine Si-Mo-Tangoral liquid for functional dyspepsia：A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J].PLoS One，2017，12(2)：e0171878.

[6] 李晓陵，王丰，李崖雪，等.原络配穴法配合药物治疗胃溃疡的效果[J].中国老年学杂志，2018，38(5)：1113-1115.

[7] 潘琦，童晶晶，高晓阳，等.罗马Ⅱ及罗马Ⅲ标准诊断功能性消化不良的比较[J].中华内科杂志，2008，47(12)：1030-1032.

[8] 张声生，汪红兵，李乾构.功能性消化不良中医诊疗规范(草案)[J].中国中西医结合消化杂志,2002,10(4):194.

[9] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京：中国医药科技出版社，2002：134-139.

[10] KIM P J，KUMAR A，ELMARSAFI T，et al.Comparison of Completion Rates for SF-36 Compared With SF-12 Quality of Life Surveys at a Tertiary Urban Wound Center[J].J Foot Ankle Surg，2017，56(5)：1031-1035.

[11] WAKABAYASHI M，FUTAGAMI S，YAMAWAKI H，et al. Comparison of clinical symptoms，gastric motility and fat intake in the early chronic pancreatitis patients with anti-acid therapy-resistant functional dyspepsia patients [J].PLoS One，2018，13(11)：e0205165.

[12] 朱敏，袁昌琼，杨慧英，等.小剂量奥美拉唑用于治疗功能性消化不良的效果分析[J].现代生物医学进展，2014，14(13)：2511-2513.

[13] 周凤霞，袁成业.中医治疗肝郁脾虚型功能性消化不良伴焦虑抑郁研究进展[J].中医学报，2016，31(4)：584-587.

[14] 彭坤明，罗鹏.针灸治疗功能性消化不良伴情绪障碍疗效观察[J].针灸临床杂志，2016，32(6)：1-4.

[15] 王凯悦，刘志诚，徐斌.温针联合耳针对脾虚湿阻型肥胖并发高脂血症患者脂质水平的影响[J].中国针灸，2016，36(3)：225-230.

[16] 徐晓月，安声潘，何新芳.《针灸大成》中公孙穴的临床应用探析[J].中医药导报，2018，24(10)：66-67.

[17] 周斌，李云攀，江云.四磨汤治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床疗效及血清学影响[J].现代消化及介入诊疗，2016，21(3)：408-410.

[18] DRUCKER N A，JENSEN A R，TE WINKEL J P，et al. Loss of endothelial nitric oxide synthase exacerbates intestinal and lung injury in experimental necrotizing enterocolitis[J].J Pediatr Surg，2018，53(6)：1208-1214.

[19] FEDOROVA T D，SEIDELIN L B，KNUDSEN K，et al. Decreased intestinal acetylcholinesterase in early Parkinson disease：An11C -donepezil PET study [J]. Neurology，2017，88(8)：775-781.

[20] WANG C，KANG C，XIAN Y，et al. Sensing of L-Arginine by Gut-Expressed Calcium Sensing Receptor Stimulates Gut Satiety Hormones Cholecystokinin and Glucose-Dependent Insulinotropic Peptide Secretion in Pig Model[J].J Food Sci，2018，83(9)：2394-2401.

（收稿日期：2019-04-10 编辑：刘国华）

引用:杨琳,谭洁,陈立早.头针结合高压氧治疗脑卒中后认知障碍的临床观察[J].中医药导报,2019,25(24):36-38.

头针结合高压氧治疗脑卒中后认知障碍的临床观察*

杨 琳[1,2],谭 洁[1],陈立早[2]

(1.湖南中医药大学针灸推拿学院,湖南 长沙 410208;
2.长沙市中心医院,湖南 长沙 410000)

[摘要] 目的:观察高压氧结合头针治疗脑卒中后认知障碍的疗效。方法:将90例脑卒中后认知障碍患者随机分为3组。头针组30例,予常规康复治疗加头针治疗;高压氧组30例,在常规康复治疗的基础上加用高压氧治疗;高压氧头针组30例,在常规康复治疗的基础上加用高压氧结合头针治疗。治疗前及治疗后采用简易精神状态检查(MMSE)、蒙特利尔认知评估(MoCA)指标评定疗效。结果:治疗后3组患者MMSE评分与MoCA评分均较治疗前提高($P<0.01$或$P<0.05$);高压氧头针组患者MMSE评分和MoCA评分高于高压氧组、头针组($P<0.05$或$P<0.01$)。高压氧头针组总有效率高于头针组、高压氧组($P<0.05$)。结论:高压氧结合头针可改善脑卒中后认知障碍患者的精神和认知能力,效果优于单一使用高压氧或头针。

[关键词] 脑卒中;认知障碍;高压氧;头针;康复

[中图分类号] R246.6 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2019)24-0036-03

Clinical Study on Scalp Acupuncture Combined with Hyperbaric Oxygen for Cognition Disorders after Stroke

YANG Lin[1,2], TAN Jie[1], CHEN Li-zao[2]

(1.College of Acupuncture and Massage, Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410208, China; 2.Changsha Central Hospital, Changsha Hunan 410000, China)

[Abstract] Objective: To observe the effect of scalp acupuncture combined with hyperbaric oxygen on the mind and cognitive of patients with post-stroke cognitive impairment. Methods: The 90 patients with post-stroke cognitive dysfunction were randomly divided into three groups: scalp acupuncture group, hyperbaric oxygen group and scalp acupuncture unites with hyperbaric oxygen group (30 cases in each group). The scalp acupuncture group was given conventional rehabilitation and scalp acupuncture. The hyperbaric oxygen group was given conventional rehabilitation and hyperbaric oxygen therapy. The scalp acupuncture in hyperbaric oxygen group was given conventional treatment combined with scalp needle treatment. The mini-mental state examination (MMSE) and montreal cognitive assessment scale (MoCA) were evaluated before and after treatment. Results: After treatment, scores of MMSE and MoCA of the three groups increased ($P<0.05$ or $P<0.01$). Scores of MMSE and MoCA in scalp acupuncture combined with hyperbaric oxygen group have been improved more significantly than those in hyperbaric oxygen group and scalp acupuncture group with statistical significance ($P<0.05$ or $P<0.01$). The total effective rate of scalp acupuncture combined with hyperbaric oxygen group was higher than that of scalp acupuncture group and hyperbaric oxygen group ($P<0.05$). Conclusion: The effect of scalp acupuncture combined with hyperbaric oxygen on the psychosis and cognitive competence of patients with cerebral infarction is obvious. It has better treatment effect than separate use of hyperbaric oxygen and scalp acupuncture.

[Keywords] stroke; cognition disorders; hyperbaric oxygen; scalp acupuncture; rehabilitation

*基金项目:湖南省中医药管理局课题(2017126)

通讯作者:谭洁,E-mail:86869454@qq.com

脑卒中后认知障碍(post-stroke cognitive impairment,PSCI)是脑卒中常见的并发症之一。在古代文献中就有关于中风后认知功能障碍的记载,如《杂病源流犀烛·中风》:“中风后善忘”。本病属于中医学“健忘”“文痴”“呆病”等范畴。在国外,有研究发现认知障碍在急性缺血性脑卒中后1周的发生率是61%[1],在我国,脑血管病发病后3个月内认知障碍的发生率约为35%,全世界20%~30%的脑卒中患者在未来1~3年内出现认知损害,甚至进展为血管性痴呆,发病3年后仍有32%患者遗留认知功能障碍症状[2]。脑卒中后认知障碍患者常会出现生活和社会的适应性障碍,缺乏对外界环境的感知,其远期的影响超过躯体障碍[3],给家庭和社会造成沉重的负担。

目前我国治疗脑卒中后认知障碍主要以药物配合传统的康复作业训练为主,在适当的时机运用高压氧治疗,促进患者高级神经功能的康复。头针基于传统针灸发展起来的一种新针法,具有操作简单、取穴精简、不易产生肌痉挛等优点。研究表明,头针可扩张血管、降低血黏度[4]、改善微循环[5]、调节神经生长因子、促进神经干细胞增殖[6]、增强中枢向外周传导能力,从而减轻患者脑水肿以及神经功能损害程度。目前临床文献中单独进行高压氧治疗和头针治疗都对脑卒中后认知障碍有公认的疗效,关于高压氧结合头针治疗脑卒中后认知障碍疗效的临床报道较少。鉴于此,本研究选择脑卒中后认知障碍患者作为研究对象,探讨头针结合高压氧治疗脑卒中后认知障碍的的疗效,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　诊断标准

1.1.1　脑卒中诊断标准　符合1995年全国第4次脑血管病学术会议修订的诊断标准[7],并经头颅CT或MRI证实为出血性或缺血性脑卒中。

1.1.2　脑卒中认知障碍诊断标准　符合美国精神病协会《精神障碍诊断与统计手册》第3/4版(DSM-Ⅲ/Ⅳ)[8]诊断标准。

1.2　纳入标准　(1)符合上述脑卒中诊断标准及认知障碍诊断标准的患者;(2)既往无精神病史;(3)脑卒中后1~3个月内并发认知障碍的患者;(4)年龄40~65岁;(5)由受试者或其家属(监护人)签署书面知情同意书。

1.3　排除标准　(1)治疗期间再次中风;(2)除脑卒中外其他原因所导致的认知障碍疾病,如帕金森病、阿尔茨海默病、脑外伤等;(3)病情进行性恶化,病情不稳定,不能坚持电针治疗的;(4)合并严重的心、肝、肾功能障碍;(5)存在意识障碍、精神障碍或抑郁症的患者;(6)严重的视、听、说或心理功能障碍不能配合评定测试者;(7)经高压氧专科排查,有高压氧治疗禁忌证者。

1.4　剔除标准　(1)纳入后未按规定治疗,临床资料不全等影响疗效和安全性判断者;(2)受试者依从性差,不能坚持治疗;(3)其它不适合继续治疗的情况。

1.5　一般资料　所有病例均为2017年6月至2018年6月长沙市中心医院高压氧室及康复科住院治疗的脑卒中后认知障碍患者,并通过医院医学伦理委员会审查。符合纳入标准者共90例,按随机数字表法分为高压氧头针组、高压氧组以及头针组,每组30例。3组患者性别、年龄、病理性质、病程等比较,差异均无统计学意义(P>0.05),具有可比性。(见表1)

1.6　治疗方法　高压氧头针组采用高压氧结合头针治疗,头针组采用头针治疗,高压氧组采用高压氧治疗,3组均需同步进行基础康复治疗。

1.6.1 基础康复治疗　常规药物治疗包括消水肿、改善脑循环、营养神经等;同时进行理疗、作业疗法,并进行认知康复训练等,具体根据患者病情需要进行。

1.6.2　高压氧治疗　高压氧治疗方案:采用长沙市中心医院高压氧室20人空气加压舱,采用0.12 MPa的治疗压力,面罩吸纯氧,以压缩空气升压20 min(加压5 min开始吸氧),稳压吸氧60 min(中间吸空气5 min),减压15 min,5次/周,1周为1个疗程,共治疗4个疗程。

1.6.3　头针治疗　穴位定位参考《针灸学》。取穴:取患侧额中线、顶中线和顶颞前斜线、顶颞后斜线常规穴位。操作方法:患者取仰卧位,取穴定位后,穴位75%酒精棉签常规消毒,用华佗牌0.25 mm×25 mm号针灸针,平刺刺入穴位,得气后连接电针治疗仪,选择连续波治疗,刺激频率3~4次/s,留针30 min,1次/d,5次/周,1周为1个疗程,共治疗4个疗程。头针治疗组按照上述头针治疗方法进行治疗,高压氧头针组则结合高压氧治疗。

1.7　观察指标

1.7.1　MMSE检查评定[9]　MMSE共有30个项目,可分为5个方面,包括定向力(10项)、记忆力(3项)、注意力及计算力(5项)、回忆(3项)、语言(9项)。MMSE是最具有影响力的认知缺损的筛选工具之一。由于受教育程度与认知功能关系密切。结合不同的受教育程度,MMSE的评分标准:小学以下学历≤17分,小学≤20分,初中以上≤24分,总分30分。

1.7.2　MoCA估量表评定[10]　MoCA包括注意与集中、执行功能、记忆、语言、视结构技能、抽象思维、计算和定向力。完成MoCA检查约要10 min。本量表总分30分,正常值为≥26分。

1.8　疗效标准　参照《血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)》[11]拟定。(1)得分增加为有效的指标:疗效指数=[(治疗后得分-治疗前得分)/治疗前得分]×100%。显效:疗效指数≥20%;有效:疗效指数为12%~19%;无效:疗效指数<12%;恶化:疗效指数<-12%。(2)得分减少为有效的指标:疗

表1　3组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)			病理性质(例)		学历(例)			病程($\bar{x}\pm s$,d)
		男	女	最小	最大	$\bar{x}\pm s$	脑出血	脑梗死	小学以下	小学	初中以上	
高压氧头针组	30	15	15	41	65	52.14±7.56	12	18	2	10	18	69.00±39.92
高压氧组	30	16	14	40	65	51.21±7.84	14	16	2	12	16	72.00±41.76
头针组	30	13	17	43	64	50.10±6.21	11	19	1	11	18	70.00±42.21

效指数=[(治疗前得分-治疗后得分)/治疗前得分]×100%。显效:疗效指数≥20%;有效:疗效指数为12%~19%;无效:疗效指数<12%;恶化:疗效指数<-12%。

1.9 统计学方法 运用SPSS 21.0软件包进行分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组内比较采用配对t检验,多组间比较采用单因素方差分析,进一步比较采用最小显著差法LSD进行多重比较。计数资料采用χ^2检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 3组患者治疗前后MMSE评分比较 3组患者治疗前MMSE评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后3组患者MMSE评分均较治疗前提高($P<0.05$或$P<0.01$)。治疗后组间比较,高压氧头针组患者MMSE评分高于头针组和高压氧组患者($P<0.05$);头针组和高压氧组患者MMSE评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表2)

表2 3组患者治疗前后MMSE评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
头针组	30	21.27±2.33	24.81±3.71[a]
高压氧组	30	20.96±2.62	25.13±3.96[a]
高压氧头针组	30	20.56±2.16	27.21±3.13[bcd]

注:与治疗前比较,[a]$P<0.05$,[b]$P<0.01$;与高压氧组比较,[c]$P<0.05$;与头针组比较,[d]$P<0.05$

2.2 3组患者治疗前后MoCA评分比较 3组患者治疗前MoCA评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后3组患者MoCA评分均较治疗前提高($P<0.05$或$P<0.01$)。治疗后组间比较,高压氧头针组患者MoCA评分高于头针组和高压氧组($P<0.05$或$P<0.01$);高压氧组患者MoCA评分高于头针组($P<0.05$)。(见表3)

表3 3组患者治疗前后MoCA评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
头针组	30	19.86±3.82	22.46±4.15[a]
高压氧组	30	19.36±4.13	23.13±3.73[ad]
高压氧头针组	30	18.93±3.73	25.28±3.86[bce]

注:与治疗前比较,[a]$P<0.05$,[b]$P<0.01$;与高压氧组比较,[c]$P<0.05$;与头针组比较,[d]$P<0.05$,[e]$P<0.01$

2.3 3组患者临床疗效比较 高压氧头针组总有效率为96.67%,高压氧组为80.00%,头针组为76.67%,高压氧头针组总有效率高于头针组、高压氧组($P<0.05$)。(见表4)

表4 3组患者临床疗效比较(例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
头针组	30	5	18	7	76.67
高压氧组	30	7	17	6	80.00
高压氧头针组	30	14	15	1	96.67

3 讨 论

本研究结果显示,治疗后3组患者MMSE评分与MoCA评分均较治疗前提高($P<0.01$或$P<0.05$);高压氧头针组患者MMSE评分和MoCA评分高于高压氧组、头针组患者($P<0.05$或$P<0.01$)。3组总有效率比较,高压氧头针组总有效率高于头针组、高压氧组。说明高压氧和头针均能改善脑卒中后认知障碍患者认知,并且两者相结合效果更加明显。

目前研究[12-13]表明头针可提高脑卒中后患者记忆功能,对治疗脑梗死后认知功能障碍疗效确切。头针为近端取穴,更加直接的作用于运动中枢和感觉中枢,对大脑皮质的相关区域的功能进行修复,使残存神经细胞的兴奋性提高,促使受损区产生变化,形成新的信息认知神经环路,进一步改善患者认知功能[14]。高压氧可使血中红细胞变形性增加,促进有氧代谢,减轻血小板和红细胞的聚集及血流阻滞,促进缺氧区的组织功能恢复。本研究的不足之处在于收集的样本量不够多,还需要后期增加样本进一步分析。

参考文献

[1] 熊键,廖维靖,刘琦,等.头针治疗脑卒中后认知功能障碍的系统评价[J].中国康复医学杂志,2016,31(3):333-339.

[2] PATEL M, COSHALL C, RUDD A G, et al. Natural history of cognitive impairment after stroke and factors associated with it strecovery[J].Clin Rehabil,2013,17(2):158-166.

[3] 冯玉花.丁苯酞联合高压氧对脑卒中后痴呆患者认知能力的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2015,12(24):121.

[4] 邢伟莺.头针对脑梗塞患者血液流变学指标的观察[J].针灸临床杂志,2001,17(7):11.

[5] NIU W M, LI Z R. Clinical Observation on Ischemic Apoplexy Treated by Scalp Multiple Needle Insertion with Electric Stimulation[J].Journal of Acupuncture &Tuina Science,2006,4(4):219-222.

[6] 孙晓伟,于学平,滕伟,等.头针对脑缺血再灌注大鼠神经功能评分、脑梗死体积及皮层神经元损伤的影响[J].中医药信息,2011,28(4):91-93.

[7] 中华医学会全国第4次脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J]中华神经科杂志,1996,29(6):379-381.

[8] SCHAFFER D. A participant's observations: preparing DSM-Ⅳ[J].Can J Psychiatry,2006,41(6):325-329.

[9] FOLSTEIN M F, FOLSTEIN S E, MCHUGH P R "Mini-mental state". A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician [J].J Psychint Res,1975,12(3):189-198.

[10] NASREDDINE Z S, PHILLIPS N A, BEDIRIAN V, et al. The Montreal Cognitive Assessment,MoCA: a brief Screening tool for mildcognitive impairment [J].J Am Geriatr Soc,2005,53(4):695-699.

[11] 田金州,韩明向,涂晋文,等.血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)[J].中国老年学杂志,2002,22(5):329-331.

[12] 张建博,韩冰,华桦.头针干预脑梗死后认知障碍的 ERP观察[J].中华中医药学刊,2015,33(6):1384-1386.

[13] 冯晓东,冯红霞.头针治疗脑卒中后记忆障碍的效果[J].中国康复理论与实践,2015,21(2):189-191.

[14] 刘梦,赵楚红.针刺推拿配合高压氧治疗脑梗死的疗效观察[J].针灸临床杂志,2009,25(2):10-11.

(收稿日期:2018-11-26 编辑:罗英姣)

引用:李利,刘杰.针刺配合七珠展筋散穴位揉药治疗轻中度腕管综合征30例疗效观察[J].中医药导报,2019,25(24):39-41.

针刺配合七珠展筋散穴位揉药治疗轻中度腕管综合征30例疗效观察

李 利,刘 杰

(河南省洛阳正骨医院/河南省骨科医院,河南 洛阳 471000)

[摘要] 目的:探讨针刺配合七珠展筋散穴位揉药治疗轻中度腕管综合征的疗效。方法:将60例轻中度腕管综合征患者随机分为治疗组与对照组各30例。对照组患者予推拿手法及口服西药治疗,治疗组患者在对照组治疗基础上予针刺及七珠展筋散穴位揉药治疗,两组疗程均为2周。治疗前后检测电生理,包括包括正中神经和尺神经的感觉传导速度(SCV)、复合肌肉动作电位波幅(CMAP)、感觉动作电位波幅(SNAP)及正中神经末端运动潜伏期(DML),并比较临床疗效。结果:对照组总有效率为76.7%,治疗组总有效率为90.0%,治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后正中神经DML均低于治疗前($P<0.05$),且治疗组患者治疗后正中神经DML低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后拇指展肌CMAP、拇指-腕SCV、中指-腕SCV、拇指-腕SNAP、中指-腕SNAP均较治疗前提高($P<0.05$),且治疗组患者治疗后拇指展肌CMAP、拇指-腕SCV、中指-腕SCV、拇指-腕SNAP、中指-腕SNAP均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:针刺配合穴位揉药治疗轻中度腕管综合征疗效显著。

[关键词] 腕管综合征;轻度;中度;针刺;七珠展筋散;穴位揉药;推拿

[中图分类号] R246.9 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2019)24-0039-03

腕管综合征又称为腕管狭窄症,是正中神经在腕管中受压而血供减弱[1]形成的周围神经卡压性疾病。主要症状为患手3个半手指感觉及运动异常,后期甚可出现肌肉萎缩[2]或因神经内血供完全终止而造成不可逆的不良预后[3]。本病应早期诊断、提前预防,以防范正中神经进一步损伤及提早恢复受损的神经功能[4]。目前对于腕管综合征的治疗包括非手术治疗及手术治疗两方面,而美国骨科医师协会认为对于轻中度患者采用包括针灸、中药在内的非手术治疗即可达到临床效果[5]。笔者采用针刺配合穴位揉药治疗轻中度腕管综合征患者60例,疗效显著,现报告如下。

1 资 料

1.1 诊断标准 参考[6]《实用颈腰腿痛诊疗手册》及《实用肌电图学》[7]拟定。(1)有外受风寒、外伤及慢性劳损等病史。(2)病变部位为患侧腕掌桡侧及桡侧3个半手指疼痛及麻木,夜间加重。(3)患侧腕掌僵硬,手指活动度下降,可于甩手后症状减轻,劳累后加重。(4)Tinel征、屈伸腕试验、压脉带试验等阳性。(5)肌电图检查示:正中神经有不同程度损害。(6)病情程度,轻度:正中神经感觉潜伏期延长,运动传导正常,无轴索损伤表现;中度:正中神经感觉及运动潜伏期均延长,但无轴索损伤表现;重度:正中神经感觉及运动潜伏期均延长,同时伴有以下任何一项可表明轴索损伤的结果。正中神经感觉纤维或混合纤维动作电位的波幅明显降低或缺失,鱼际肌复合肌肉运动电位为低波幅或缺失,肌电图有纤颤电位或运动单位电位改变。

1.2 纳入标准 (1)符合诊断标准,临床表现及神经损害轻、中度者;(2)年龄20~60岁;(3)同意参与本研究,入组患者均被告知研究目的、方法、意义,并签署研究知情同意书。

1.3 排除标准 (1)临床表现及神经损害较重者,尤其已发展至轴索损害者,须手术治疗者;(2)全身或腕部局部存在感染患者;(3)影像学证实腕部存在肿瘤占位或身体其他部位病灶转移到腕部患者;(4)影像学证实腕管存在先天畸形变异患者;(5)精神异常不能配合完成研究患者;(6)拒绝参与本研究;(7)妊娠或哺乳期患者。

1.4 一般资料 本研究通过本院医学伦理委员会审核,选择2013年4月至2017年6月河南省洛阳正骨医院(河南省骨科医院)的腕管综合征患者60例,按随机数字表法分为对照组与治疗组各30例。两组患者性别、年龄、病程、病因类型、病情程度等比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

2 方 法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 (1)推拿:嘱患者坐位,医师左手夹持患者患手,右手牵引患手并最大限度掌屈及背伸腕关节数次,随后

表1　两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,月)	病因类型(例)		病情程度(例)	
		男	女			外伤	劳损	轻度	中度
治疗组	30	14	16	54±8.5	5±2.2	11	19	11	19
对照组	30	17	13	57±9.4	6±3.6	8	22	18	12
统计量		χ^2=2.34		t=-0.85	t=-1.12	χ^2=0.72		χ^2=3.27	
P		0.25		0.38	0.20	0.68		0.07	

揉按、弹拨腕关节,大鱼际,第一、二掌指,第二、三掌指部之经筋,并对大陵、合谷、劳宫等穴位进行点按,出现酸胀感即止。治疗时间20~30 min,1次/d。疗程为2周。

(2)药物:手指麻木患者口服甲钴胺分散片,0.5 mg/次,3次/d。轻度疼痛患者口服右旋布洛芬胶囊,0.15 g/次,3次/d;中度疼痛患者口服右旋布洛芬胶囊,0.3 g/次,2次/d;重度疼痛患者口服氨酚双氢可待因片,1000 mg/次,3次/d。疗程为2周。

2.1.2　治疗组　在对照组基础上予针刺结合七珠展筋散穴位揉药治疗。(1)针刺:主穴为大陵、五虎、劳宫,配穴为合谷、内关、曲池。嘱患者坐位,患侧伸肘,拇指指甲面垂直于地面。大陵、劳宫均取患侧,直刺进针,深度为0.2~0.5寸。五虎取患侧,自拇指指骨第1节上下两髁点画一条连线,此线的中点即为五虎一、五虎二,五虎三与下髁点之间取五虎四、五虎五[8]。本研究主要取五虎一、五虎二(两穴共同用之符合董氏奇穴倒马针法),直刺进针,深度为0.1~0.2寸直达骨膜,针刺后嘱患者轻微运动拇指。合谷、内关、曲池均取患侧,直刺进针,深度为0.5~1寸。上述穴位所刺针感以向指端及手臂放射为佳。留针30 min,1次/d,2周为1个疗程。(2)七珠展筋散穴位揉药:七珠展筋散为我院传统制剂,理论依据为"以痛为腧",既可循经取穴亦可选取阿是穴进行揉按治疗。取少量药物轻置于拇指指腹,在大陵、合谷、劳宫及疼痛明显的阿是穴处用蘸取药物的拇指指腹按顺时针方向进行旋转揉动。每分钟旋转70~100次,每处揉2~3 min。力度要求指腹与皮肤似贴非贴、似接触非接触,揉按范围为直径约1.5 cm的圆形。疗程为2周。

2.2　观察指标　应用日本WEB光电肌电诱发仪,常规行以下指标电生理检测:主要包括正中神经和尺神经的感觉传导速度(SCV)、复合肌肉动作电位波幅(CMAP)、感觉动作电位波幅(SNAP)及正中神经末端运动潜伏期(DML)[9]。

2.3　疗效标准[10]　治愈:腕掌及手指疼痛麻木、活动僵硬等症状完全解除,肌电图结果未见明显异常;显效:腕掌及手指疼痛麻木、活动僵硬等症状较治疗前明显减轻,肌电图结果轻度异常;有效:腕掌及手指疼痛麻木、活动僵硬等症状较治疗前减轻,肌电图结果较治疗前稍好转;无效:腕掌及手指疼痛麻木、活动僵硬等症状无改善,肌电图结果未见明显变化。

2.4　统计学方法　采用SPSS 19.0分析数据,计量资料比较采用t检验,计数资料比较采用χ^2检验,等级资料比较采用秩和检验。P<0.05为差异有统计学意义。

3　结　果

3.1　两组患者疗效比较　对照组总有效率为76.7%,治疗组总有效率为90.0%。治疗组总有效率明显优于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。(见表2)

表2　两组患者疗效比较　(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	5	12	6	7	76.7
治疗组	30	14	11	2	3	90.0

3.2　两组患者治疗前后电生理指标比较　两组患者治疗后正中神经DML均低于治疗前(P<0.05),且治疗组患者治疗后正中神经DML低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。两组患者治疗后拇指展肌CMAP、拇指-腕SCV、中指-腕SCV、拇指-腕SNAP、中指-腕SNAP均较治疗前提高(P<0.05),且治疗组患者治疗后拇指展肌CMAP、拇指-腕SCV、中指-腕SCV、拇指-腕SNAP、中指-腕SNAP均高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。(见表3)

4　讨　论

腕管是由腕骨和腕横韧带围成的骨性纤维性管道,走行其中之一的神经即为正中神经,任何可导致腕管内压力增高从而压迫正中神经的因素均可引起腕管综合征的发病[11]。本病在中医学中属于"筋痹病"的范畴,多因外感风寒致局部气血瘀滞,筋脉痹阻所致。有研究证实推拿配合口服西药可有效治疗腕管综合征[12-14];针灸可通过改善神经功能、改善病变部位血液循环等环节达到缓解临床症状的功效[15]。

本研究在常规推拿手法及口服西药治疗基础上增加针刺及七珠展筋散穴位揉药治疗,取得较为满意的临床疗效。董氏奇穴不同于传统的十四正经体系,具有独特的自有针刺体系,针对痛症往往具有较好的治疗效果[16]。五虎穴隶属董氏奇穴,在董氏奇穴理论系统中专治手足痛症,其中五虎一主治手指酸痛,五虎二作为五虎一之倒马针,可有效加强止痛的治疗效果。倒马针法常与动气针法相结合,疗效增强。本研究针刺后嘱患者运动手指正符合动气针法、气至则效的观

表3　两组患者治疗前后电生理指标比较　($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	正中神经DML(ms)	拇指展肌CMAP(mV)	拇指-腕SCV(mV)	中指-腕SCV(mV)	拇指-腕SNAP(μV)	中指-腕SNAP(μV)
对照组	治疗前	30	5.53±1.35	4.69±1.72	34.81±6.72	41.26±7.34	7.38±2.87	9.17±2.81
	治疗后	30	4.02±1.12	5.62±1.93	44.56±7.08	45.28±8.01	10.62±3.28	11.09±3.19
t			2.41	1.06	3.51	2.57	1.04	1.12
P			0.041	0.064	0.041	0.046	0.067	0.068
治疗组	治疗前	30	5.67±1.49	4.71±1.24	35.21±6.10	42.12±7.25	7.43±2.91	9.21±2.18
	治疗后	30	2.21±1.09[a]	8.94±1.97[a]	46.29±7.21[a]	47.31±8.23[a]	17.00±3.31[a]	16.31±3.21[a]
t			7.64	5.57	3.74	2.64	6.41	3.25
P			0.021	0.027	0.045	0.048	0.039	0.043

注:与对照组比较,[a]P<0.05

念。不仅董氏奇穴理论可为五虎穴治疗手指痛症提供确切依据，传统的十四正经理论系统同样可证实五虎穴的治疗效果。腕管综合征属于“筋痹病”，一方面可责属于手太阴经筋之病，《灵枢·经筋》记载：“手太阴之筋，起于大指之上，循指上行，结于鱼后，行寸口外侧止循臂结肘中……其病当所过者皮转筋”，五虎穴正处于手掌面拇指第一节之桡侧赤白肉际手太阴筋经之起点，而《素问·长刺节论篇》记载：“病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹，刺筋上为故”，故针刺五虎可达到“经络所过，主治所及”的治疗效果。腕管综合征另一方面可责属于手厥阴经筋之病，《灵枢·经筋》记载：“手心主之筋，起于中指，与太阴之筋并行，结于肘内廉……其病当所过者支转筋。”大陵穴正处于腕掌横纹中点，劳宫正处于二、三掌骨之间，均位于手厥阴筋经，“经络所过，主治所及”，大陵及劳宫均可治疗本病。从解剖理论出发，腕管综合征主要症状为桡侧腕掌和3个半手指疼痛及活动受限，而大陵、五虎、劳宫所处位置正准确贴合腕管综合征所表现出的临床症状所处部位。部分腕管综合征患者不仅表现为腕掌及手指部的疼痛麻木，有时可向前臂放射，配穴合谷、内关、曲池正依据近部及远部取穴原则进行选穴，可有效配合主穴减轻临床症状。

七珠展筋散是我院郭氏平乐正骨传统制剂，主要成分为血竭、乳香、麝香、琥珀、牛黄、人参等。血竭、乳香、麝香、琥珀活血散瘀止痛。现代药理证实牛黄能消炎、止血，解除局部红肿热痛。人参补气养血，扶正祛邪，此外还能推动气血的运行，防治其积聚于局部。因七珠展筋散为极细粉末状，故在使用方法上要求为旋转揉按，旋转揉按不仅可加速药物的吸收，更能激发经络气血的运行，从而消除局部气滞血瘀的症状。

腕管综合征的诊断最主要的检查项目为神经电生理检测[17]；腕管综合征诊断的金标准仍是电生理检测[18]。神经脱髓鞘病变在肌电图结果是以神经传导速度减慢及潜伏期延长做为诊断依据，而神经的轴索病变是以波幅降低为诊断依据[4]。本研究结果中显示治疗组患者治疗后的正中神经潜伏期（DML）短于对照组，拇指-腕、中指-腕的感觉传导速度（SCV）高于对照组，拇指展肌的肌肉动作电位波幅（CMAP）、拇指-腕及中指-腕的感觉动作电位波幅（SNAP）均高于对照组。表明在常规治疗方法基础上增加针刺配合七珠展筋散穴位揉药能改善腕管综合征患者神经功能。治疗组患者临床疗效明显优于对照组。

综上所述，针刺配合七珠展筋散穴位揉药治疗轻中度腕管综合征疗效显著。

参考文献

[1] 刘小明，许亮，包凌云，等.超声定量测定正中神经诊断腕管综合征[J].全科医学临床与教育，2010，8(6)：632-634，F0002.

[2] 于天源.按摩推拿学[M].北京：中国协和医利大学出版社，2012：193.

[3] PETIT A，HA C，BODIN J，et al. Risk factors for carpaltunnel syndrome related to the work organization：a prospective surveillance study in a large working population[J].Appl Ergon，2015(47)：1-10.

[4] 夏秋，刘效巍，王秀丽，等.电针为主治疗腕管综合征疗效观察[J].中国针灸，2013，33(8)：700-702.

[5] 张议元，杜元灏.针灸治疗腕管综合征的临床证据[J].江苏中医药，2016，48(4)：52-55.

[6] 王澎寰.手外科学[M].北京：人民卫生出版社，1990：302.

[7] YOSHII Y，ISHII T，TANAKA T，et al. Detecting median nerve strain changes with cyclic compression apparatus：a comparison of carpaltunnel syndrome patients and healthy controls[J].Ultrasound in medicine & biology，2015，41(3)：669-674.

[8] 杨维杰，董氏奇穴针灸学[M].北京：中医古籍出版社，1995：27.

[9] 闫晓海.腕管综合征患者的神经电生理分析J].中国医药导报，2011，8(7)：40-42.

[10] 中华人民共和国卫生部医政司.中国康复医学诊疗规范[M].北京：华夏出版社，1999：218.

[11] 曹龙，沈为林.腕管综合征患者肌电图检查结果分析[J].现代中西医结合杂志，2012，21(11)：1191-1192.

[12] 卢新刚，喻立炜，苟海昕，等.推拿手法结合西医常规治疗轻中度腕管综合征的临床观察[J].上海中医药杂志，2018，52(1)：58-61.

[13] 葛迪，李华南，海兴华，等.以推拿为主的综合疗法治疗腕管综合征临床疗效分析[J].中医外治杂志，2017，26(6)：57-59.

[14] 覃婧，黄有荣.腕管综合征的治疗研究进展[J].内蒙古中医药，2012，31(19)：82—84.

[15] 卢祖能，曾庆杏，李承晏，等.实用肌电图学[M].北京：人民卫生出版社，2000：879-880.

[16] 王文炎，米建平.董氏奇穴治疗痛证浅探[J].针灸临床杂志，2012，28(2)：51-52.

[17] 丁乾，沈芳.针刺与艾灸对腕管综合征患者周围神经电生理特征的影响[J].临床和实验医学杂志，2015，14(14)：1198-1202.

[18] 邵静雯，曹曼林.腕管综合征的诊疗进展[J].中国康复，2014，29(2)：141-146.

（收稿日期：2019-02-28 编辑：蒋凯彪）

欢 迎 订 阅 欢 迎 投 稿

临　床

引用:李苏茜,刘宇,焦蕴岚,王华新,胡海荣,李苏娜,李平宣,赵丽雪.不同持续时间中药蜡疗缓解膝骨关节炎症状的效果比较[J].中医药导报,2019,25(24):42-44.

不同持续时间中药蜡疗缓解膝骨关节炎症状的效果比较

李苏茜[1],刘　宇[2],焦蕴岚[1],王华新[1],胡海荣[1],李苏娜[1],李平宣[1],赵丽雪[1]

(1.北京中医药大学东方医院,北京　100078;
2.北京中医药大学护理学院,北京　100029)

[摘要]　目的:比较不同持续时间中药蜡疗缓解膝骨关节炎症状的效果。方法:将62例膝骨关节炎患者随机分为A组(n=32)和B组(n=30)。A组患者实施40 min中药蜡疗,B组患者实施20 min中药蜡疗,疗程均为4周。采用膝关节疼痛视觉模拟评分(VAS)、西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数(WOMAC评分)评价患者膝关节的结构和功能,并评价临床疗效。结果:干预4周后,两组患者VAS评分、WOMAC评分均较治疗前降低(P<0.05),A组患者评分均低于B组(P<0.05)。A组总有效率为78.13%,B组总有效率为60.00%,A组优于B组,差异有统计学意义(P<0.05)。结论:40 min中药蜡疗对于缓解膝骨关节炎症状的疗效优于20 min中药蜡疗。

[关键词]　膝骨关节炎;中药蜡疗;持续时间;硫酸氨基葡萄糖;疼痛

[中图分类号]　R274.9　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0042-02

膝骨关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是一种慢性退行性疾病,中国有1亿多的KOA患者。调查显示,未来最大的膝骨关节炎人群将在中国[1]。膝骨关节炎是最常见的、造成劳动力丧失的疾病之一[2],严重影响中老年人的生活质量,危害中老年人健康。目前膝骨关节炎的发病原因尚不明确,致病因素可能与遗传、种族、年龄、性别、肥胖和不合理的运动强度等有关[3]。国内外目前治疗膝骨关节炎的重点是对症治疗,以缓解疼痛,促进关节功能的恢复,避免或减少发生畸形[4]。

中医药治疗KOA的方法较多[5]。蜡疗作为一种传统的物理疗法可使毛细血管扩张,血流加速,消肿止痛,软化松解粘连的结缔组织。中药外敷结合蜡疗可以祛风除湿,减轻膝关节的疼痛,而且没有副作用,适用于大多数患者[6]。但是目前在实施中药蜡疗的时间方面研究者结论不一致,部分研究为20 min,部分研究为40 min。汪莉等[7]使用中药蜡疗膏治疗膝骨关节炎患者,时间为20~30 min,结果显示中药蜡疗有利于僵硬关节活动度的改善。王华新等[8]运用蜡药疗治疗膝骨关节炎患者(20 min/次,1次/d),结果显示能显著改善患者临床症状、提高患者生活质量。蒋彩霞[9]采用中药蜡疗治疗膝骨关节炎患者(40 min/次,1次/d),结果显示可减轻疼痛、增强患者体质。张翠芬等[10]采用中药蜡疗治疗膝骨关节炎患者(40 min/次,1次/d),结果显示可提高病人满意度,提高药物的局部治疗效果。由此可见尚无统一的实施时间。中药蜡疗通过热与中药的作用起效,时间不同,可能引起的效果不同。因此,为了确保中药蜡疗对于膝骨关节炎疗效,进一步研究中药蜡疗对于膝骨关节炎的合适实施时间非常重要。因此,笔者将不同中药蜡疗时间进行效果比较,旨在为临床操作提供依据。现报告如下。

1　资料与方法

1.1　纳入标准　(1)符合《中药新药临床研究指导原则》中KOA西医诊断标准[11];(2)符合KOA中医肝肾亏虚,寒湿阻络证辨证标准,即:关节疼痛,肿胀积液,得温缓解,遇寒加重,关节肿大畸形,活动受限,皮肤温度偏高,畏寒,腰背酸痛,舌红或舌黯淡,苔白或白腻,脉沉细或弦细[11];(3)年龄18~75岁;(4)同意接受中药蜡疗。

1.2　排除标准　(1)合并风湿免疫疾病,如类风湿关节炎、强直性脊柱炎、反应性关节炎等影响膝关节者;(2)合并有严重的其他疾病;(3)膝骨关节重度畸形;(4)孕妇及哺乳期妇女;(5)过敏体质且对受试药物过敏者。

1.3　一般资料　本研究经医院医学伦理委员会审核通过,受试者已知情同意并签署知情同意书。选取2015年12月至2016年12月在北京中医药大学东方医院风湿科就诊的KOA患者62例,按随机数字表法分为A组32例和B组30例。

1.4　治疗方法　两组均予硫酸氨基葡萄糖胶囊口服(浙江海正药业股份有限公司,规格:0.314 g/粒),2粒/次,3次/d,治疗4周。

中药蜡疗具体操作方法:将川牛膝、肉桂、白芥子、川芎、延胡索、细辛、羌活、独活、半夏、透骨草等各30 g研磨成粉,将中药粉与温水以2:1的比例混匀,制成湿度适中的药膏,置于

通讯作者:刘宇,E-mail:liu_yu222@sina.com

纱布上做成药饼，大小约为30 cm×20 cm×0.3 cm。选用石蜡，用专用融蜡锅（名称：蜡疗箱；型号：AK-L-900）进行直接加热，蜡锅设定温度为50~60 ℃，使其由白色固体转为液态。将石蜡加热溶解，蜡温控制在40~65 ℃，盛入治疗盘中冷却，形成蜡饼（温度40~50 ℃，据患者耐受度为准）备用。护士将中药膏置于膝关节上；在中药膏外放置温热适宜的蜡饼，用保鲜膜包裹保温固定。

1.4.1　B组　中药蜡疗，20 min/次，1次/d，治疗4周。

1.4.2　A组　中药蜡疗，40 min/次，1次/d，治疗4周。

1.5　*观察指标*　双膝患病患者以病情严重一侧作为样本的观察指标。

1.5.1　疼痛　采用视觉模拟评分法（visual analogue scale/score，VAS）评价疼痛。制作评分尺，将疼痛的程度用0至10共11个数字表示，0为无疼痛，10为疼痛剧烈，无法忍受。要求被试者在各项回答处的直线上标出自己疼痛或功能受限程度的相应位置。“0”表示无疼痛或无功能受限，之后随数值增加程度加重，“10”表示疼痛剧烈（服用止痛药物仍无法缓解）或功能极度受限（无法站立）。

1.5.2　膝关节的结构和功能　采用西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数（WOMAC评分）评价膝关节的结构和功能。WOMAC评分主要从疼痛程度、僵硬程度、患者日常活动3个方面来评价膝关节的结构和功能，共24个条目，其中疼痛程度含5个条目、僵硬程度含2个条目、关节功能含17个条目。可使用整个量表（24个项目）进行评价。采用计分制，没有困难=0分，轻微困难=1分，中等困难=2分，非常困难=3分，极端困难=4分。得分越低，表示膝关节的结构和功能越好。

1.6　*疗效标准*　参照《中药新药临床研究指导原则》[11]，根据治疗前后WOMAC评分拟定，临床控制：疼痛等症状消失，关节活动正常，WOMAC评分减少≥90%；显效：疼痛等症状基本消失，关节功能基本正常，能参加正常活动和工作，WOMAC评分减少≥70%且<90%；有效：疼痛等症状基本消失，关节活动轻度受限，参加活动或工作的能力有改善，WOMAC评分减少≥30%且<70%；无效：疼痛等症状及关节活动无明显改善。WOMAC评分减少百分比=（治疗前WOMAC评分-治疗后WOMAC评分）/治疗前WOMAC评分×100%。总有效率=（临床控制+显效+有效）/病例总数×100%。

1.7　*统计学方法*　采用SPSS 19.0统计软件进行计算。计量资料，组内比较采用配对t检验或秩和检验，组间比较采用独立样本t检验或秩和检验；两组总有效率比较采用χ^2检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2　结　　果

2.1　*两组患者一般情况比较*　两组患者性别、年龄、病程、患病部位等方面比较，差异均无统计学意义（P>0.05），具有可比性。（见表1）

表 1　两组患者一般情况比较

组别	例数	性别（例）		年龄（岁）	病程（年）	部位（例）		
		男	女			左	右	双侧
A组	32	3	29	46~75（62.97±8.51）	0.5~21（6.30±4.97）	8	12	12
B组	30	4	26	51~75（61.27±8.03）	0.8~15（5.03±3.96）	7	15	8

2.2　*两组患者治疗前后VAS评分比较*　两组患者治疗前VAS评分比较，差异无统计学意义（P>0.05）。经过4周干预后，两组患者VAS评分均较治疗前降低（P<0.05）；两组比较，A组患者VAS评分低于B组（P<0.05）。（见表2）

表 2　两组患者治疗前后 VAS 评分比较　（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
A组	32	5.91±1.03	1.69±1.12	−4.611	0.000
B组	30	6.20±1.40	2.93±1.01	−4.964	0.000

2.3　*两组患者治疗前后WOMAC评分比较*　两组患者治疗前WOMAC评分比较，差异无统计学意义（P>0.05）。经过4周干预后，两组患者WOMAC评分均较治疗前降低（P<0.05）；两组比较，A组患者WOMAC评分低于B组（P<0.05）。（见表3）

表 3　两组患者治疗前后 WOMAC 评分比较　（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	治疗前	治疗后	t/Z	P
A组	32	35.69±8.93	15.81±5.33	−4.938	0.000
B组	30	36.70±6.42	22.30±7.30	10.092	0.000

2.4　*两组患者临床疗效比较*　A组总有效率为78.13%，B组总有效率为60.00%，A组优于B组，差异有统计学意义（P<0.05）。（见表4）

表 4　两组患者临床疗效比较　（例）

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率（%）
A组	32	0	5	20	7	78.13
B组	30	0	0	18	12	60.00

3　讨　　论

膝骨关节炎在中医学中属“痹证”“膝痹”“骨痹”“历节风”“白虎病”“鹤膝风”等范畴。中医对本病的诊断有详细的阐述。《素问·长刺节论篇》曰：“病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，寒气至，名曰骨痹。”《金匮要略》中记载：“关节疼痛而烦，谓之湿痹。”《外台秘要》中描述其疼痛状为痛“如虎咬，夜重昼轻”，称为“白虎病”。“鹤膝风”为本病的重症患者，表现为肌肉萎缩，关节肿胀变形。《证治准绳》中记载：“上下腿细，唯膝为大，形如鹤膝”，得名“鹤膝风”。对于病因病机以及辨证论治方面，《证治准绳》言：“有风，有湿，有寒，有热，有闪挫，有瘀血，有滞气，有痰积，皆标也。肾虚，其本也”，阐明骨痹的内因为正气虚弱，外因为外感寒邪，治疗宜扶正祛邪，通络止痛。《张氏医通》曰：“膝痛无有不因肝肾虚者，虚则风寒湿邪侵袭之。”说明本病的内因为肝肾亏虚，外因为风寒湿邪入侵人体，所以治疗宜补益肝肾，温经通络，散寒止痛[12]。

近年来，中医在膝骨关节炎方面治疗手段多样化，取得较大进展，采取了多种安全有效的方药和治疗方法，主要包括内服中药和外治法[13]。《理瀹骈文》指明：“外治之理即内治之理；外治之药，即内治之药，所异者法耳”[14]，说明外治法也可达到改善患者临床症状的效果。蜡作为一种外治法历史悠久，《本草纲目》中曾有记载：“……用蜡二斤，于悉罗中熔，捏作一兜鍪，势可合脑大小，搭头致额，其病立止也。于破伤风湿、暴风身冷、脚上冻疮……均有奇效。”蜡有热容量大、导热性小的特性，冷却缓慢，可起到舒经活血、散寒止痛的作用[15]。中药蜡疗作为应用广泛的一种外治方法在治疗膝骨关节炎中的疗效显著。中药蜡疗是在中药局部外敷的同时，再

外敷热蜡的一种方法，是常用的中医护理技术[16]。中药外敷可以将祛风除湿、疏经通络的药物通过直接贴敷，作用于患处，直达病所，改善局部血液循环，促进气血流畅，从而促进炎症吸收，缓解或消除临床症状[17]。

膝骨关节炎的主要表现有膝关节肿胀、僵硬、疼痛、活动受限。膝关节作为局部肌肉韧带丰厚的大关节，普通的外治法（熏洗法、中药熏蒸法、中药贴敷法、热敷法等）在药物吸收方面作用有限，而且药物的温度下降较快，对临床疗效有一定影响。现代研究认为石蜡具有热容量大、导热性小的特性，冷却缓慢，其湿热作用可渗透达皮下0.2~1 cm，并产生持久的热作用，保温时间可达1 h以上。蜡疗利用了石蜡的特性，且能密切贴于体表而使药效更好渗透于皮下组织；中药可借助石蜡持久而深入的温热效应直达病所，使药物充分渗透于病变关节。研究显示，中药蜡疗时病变的局部关节组织中药物的浓度高于其在血液中的浓度，所以发挥作用充分，作用迅速[18]。中药蜡疗既可发挥中药舒经活血、消肿止痛等作用，又可与蜡疗的温热效应和机械压迫效应相融合，使中药和蜡疗两个治疗因子互相增强，从而起到通经活络、活血化瘀、消肿止痛效果[19]。本研究中A组在硫酸氨基葡萄糖胶囊药物口服基础上行40 min中药蜡疗，其总有效率为78.1%，高于20 min的B组，并且A组在降低患者疼痛、缓解症状方面均优于B组。因此，可以认为40 min中药蜡疗的疗效优于20 min中药蜡疗。提示在保证患者治疗安全和舒适度的前提下，中药蜡疗时病变的局部关节组织中药物的浓度充分发挥作用，中药蜡疗时间长则热效应持续长久，药效渗透也持久[20]。

中药蜡疗能缓解关节疼痛，促进关节功能恢复，提高患者生活质量。中药蜡疗治疗诸多临床疾病，是集药物、穴位刺激、温热疗法、中药透皮吸收为一体的，作用迅速，适合长期使用。

本研究显示，经过中药蜡疗治疗4周后，两组患者VAS评分、WOMAC评分均较治疗前降低，A组患者评分均低于B组；A组总有效率为78.1%，B组总有效率为60%，两组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。提示中药蜡疗40 min对于缓解膝骨关节炎症状具有更好的疗效。

在中药蜡疗的操作过程中治疗效果可能会受温度变化的影响，希望以后能持续监测治疗的温度，寻求一种温度与时间都合理的操作方案。本研究的治疗时间选择是根据临床经验决定的，所以只选择两种不同时间来做比较，其他时间的比较有待进一步探讨。

参考文献

[1] 中华医学会骨科学分会.骨关节炎诊治指南（2007年版）[J].中华关节外科杂志，2007，1(4)：281-285.

[2] HERRERO-BEAUMONT G，ROMAN-BLAS J A，BRUYERE O，et al. Clinical settings in kneeosteoarthritis: Pathophysiology guides treatment[J].Maturitas，2017，96（2）：54-57.

[3] 陈虹静.三种不同针法治疗膝骨关节炎的临床研究[D].广州：广州中医药大学，2014.

[4] 喻晶晶，石晓兵.膝骨关节炎的诊疗及其进展[J].骨科，2012，3(1)：55-58.

[5] 赵崇智.中医治疗骨关节炎研究进展[J].辽宁中医药大学学报，2014，16(2)：220-222.

[6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京：南京大学出版社，2012：2.

[7] 汪莉，窦学娟.中药蜡疗膏治疗骨性膝关节炎的效果观察与护理[J].当代护士（下旬刊），2015(9)：113-115.

[8] 王华新，焦蕴岚，高冬华.蜡药疗联合综合护理对膝骨关节炎干预的临床观察[J].中医药导报，2016，22(18)：104-106，122.

[9] 蒋彩霞.中药外敷联合蜡疗治疗膝关节骨性关节炎的护理观察[J].大家健康（学术版），2016(5)：55.

[10] 张翠芬，程维芬，应水仙，等.改良中药蜡疗操作流程在膝关节骨性关节炎病人中的应用[J].护理研究，2016，30(6)：709-710.

[11] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京：中国医药科技出版社，2002：349-353.

[12] 吕计宝，赵玉峰，冯玉雄，等.经筋燔刺结合拔罐治疗阳虚寒凝型膝骨关节炎30例临床观察[J].中医药导报，2018，24(13)：90-92.

[13] 赵崇智.中医治疗骨关节炎研究进展[J].辽宁中医药大学学报，2014，16(2)：220-222.

[14] 张卓才.中药熏蒸配合揉髌手法治疗膝关节骨性关节炎的疗效观察[J].中医药导报，2016，22(16)：88-89，92.

[15] 郭秀珍，高斌礼.蜡疗在创伤后肘关节僵硬康复治疗中的应用效果观察[J].中医药导报，2017，23(11)：104-106.

[16] 陈佩仪.中医护理学基础[M].北京：人民卫生出版社，2012：239-242.

[17] 管垒.膝骨关节炎中药外敷及针灸治疗的研究[D].广州：广州中医药大学，2010.

[18] 刘志宏，王华新.中药蜡疗技术在临床的应用现状[J].全科护理，2017，15(9)：1048-1049.

[19] 熊淑英，杨阳，余兆仲，等.中药湿敷配合蜡泥治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症53例[J].江西中医药大学学报，2016，28(5)：62-64.

[20] 韦尼，薛智丰，陈自佳，等.蜡药疗治疗类风湿关节炎膝关节病变38例临床研究[J].江苏中医药，2015，47(10)：35-37.

（收稿日期：2018-09-11 编辑：蒋凯彪）

引用:林玉平,范冠杰.糖痹外洗方足浴治疗I期糖尿病性下肢动脉粥样硬化性病变30例[J].中医药导报,2019,25(24):45-47.

糖痹外洗方足浴治疗I期糖尿病性下肢动脉粥样硬化性病变30例*

林玉平,范冠杰

(广东省中医院,广东　广州　510120)

[摘要]　目的:探讨糖痹外洗方足浴治疗I期糖尿病性下肢动脉粥样硬化性病变的疗效及作用机制。方法:选择糖尿病性下肢动脉粥样硬化性病变Fontaine I期患者30例,在饮食控制、适量运动、血糖控制、血压控制、降脂治疗等基础治疗上予糖痹外洗方足浴,治疗3个疗程后,比较治疗前后的踝肱指数(ABI)、血黏度、炎性因子水平。结果:治疗后,患者的ABI明显高于治疗前,全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、血清hs-CRP、IL-6、TNF-α均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:糖痹外洗方足浴治疗I期糖尿病性下肢动脉粥样硬化性病变具有一定疗效,机制可能与减轻炎症及降低血黏度相关。

[关键词]　糖尿病;下肢动脉粥样硬化;糖痹外洗方;中药足浴

[中图分类号]　R259　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0045-03

Treatment of 30 Cases of Stage Ⅰ Diabetic Lower Extremity Atherosclerosis by Foot Bath with Tangbi Waixi Decoction (糖痹外洗方)

LIN Yu-ping, FAN Guan-jie

(Guangdong Provincial TCM Hospital, Guangzhou Guangdong 510120, China)

[Abstract]　Objective: To explore the therapeutic effect and mechanism of Tangbi Waixi Decoction in the treatment of stage Ⅰ diabetic lower extremity atherosclerosis. Methods: Thirty patients with stage Ⅰ diabetic lower extremity atherosclerosis were selected and treated with Tangbi Waixi Decoction on the basis of diet control, moderate exercise, blood sugar control, blood pressure control and lipid-lowering therapy. After three courses of treatment, the levels of ABI, blood viscosity and inflammatory factors were compared before and after treatment. Results: After treatment, the ABI of patients was significantly higher than that before treatment, the whole blood high shear viscosity, whole blood low shear viscosity and plasma viscosity were lower than those before treatment, and the serum hs-CRP, IL-6 and TNF-alpha levels were lower than those before treatment, the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion: Tangbi Waixi Decoction foot bath has certain curative effect on stage Ⅰ diabetic lower extremity atherosclerosis. The mechanism may be related to reducing inflammation and blood viscosity.

[Keywords]　diabetic; lower extremity atherosclerosis; Tangbi Waixi Decoction; foot bath

下肢动脉粥样硬化性病变(lower extremity athero-sclerotic disease,LEAD)是糖尿病常见的血管并发症之一。LEAD在糖尿病患者中的发病率达6.90%~23.80%,晚期糖尿病性LEAD是导致糖尿病足截肢的主要原因,严重影响患者的生活质量[1]。现代医学治疗及研究重点在于二级预防及三级预防,对Fontaine I期(无症状期)的一级预防仅推荐基础治疗,存在一级预防的研究空白。糖尿病性LEAD属于中医学"消渴脉痹"范畴,古今医家认为瘀血是主要的致病因素[2]。本研究应用糖痹外洗方足浴治疗糖尿病性LEAD Fontaine I期患者30例,疗效满意,现报告如下。

*基金项目:"十二五"国家科技支撑计划课题(2015BAI04B09);广东省中医院临床研究专项(YN10101904)

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 糖尿病诊断标准　采用WHO(1999年)糖尿病诊断标准:糖尿病症状(高血糖所导致的多饮、多食、多尿、体重下降、皮肤瘙痒、视力模糊等急性代谢紊乱表现)加随机血糖≥11.1 mmol/L,或空腹血糖(FPG)≥7.0 mmol/L。葡萄糖负荷后2 h血糖≥11.1 mmol/L,无糖尿病症状者,需改日重复检查。

1.1.2 糖尿病LEAD诊断标准　糖尿病LEAD的诊断参考2017版中国2型糖尿病防治指南[1]:(1)如果患者静息踝肱热量数(ABI)≤0.90,无论患者有无下肢不适的症状,应诊断LEAD;(2) 运动时出现下肢不适且静息ABI≥0.90的患者,如踏车平板试验后ABI下降15%~20%,应诊断LEAD。

1.1.3 Fontaine分期标准　Ⅰ期:无症状;Ⅱa期:轻度间歇性跛行;Ⅱb期:中到重度间歇性跛行;Ⅲ期:缺血性静息痛;Ⅳ期:缺血性溃疡或坏疽。

1.2 纳入标准

(1)糖尿病性LEAD Fontaine 分期Ⅰ期;(2)年龄≥18岁,且≤70岁;(3)愿意接受治疗方案并配合随访;(4)自愿参与本次研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准

(1)精神病患者,不能理解研究性质、范围或不能遵守医嘱者;(2)下肢皮肤有溃疡或坏疽、下肢中至重度水肿或患有皮肤病者;(3)糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗综合征、糖尿病乳酸性酸中毒等急性并发症者;(4)恶性肿瘤患者及严重心、肝、肾功能不全者;(5)妊娠或哺乳期患者;(6)正在参加其他类似干预治疗者。

1.4 一般资料

该研究经广东省中医院伦理委员会审核批准,选择2015年11月至2017年5月于广东省中医院内分泌科收治的糖尿病性LEAD Fontaine分期Ⅰ期患者30例,其中男14例,女16例,年龄46~71(58.38±7.32)岁,糖尿病病程2~15(7.17±2.92)年。

1.5 治疗方法

1.5.1 基础治疗　包括饮食控制、适量运动、血糖控制、血压控制、降脂治疗等。(1)饮食控制:根据患者的标准体重来制定全天饮食的总热量,每日摄入总热量在休息或超重者为25~30 kcal/(kg·d);轻体力或正常体重者为25~35 kcal/(kg·d);中体力或消瘦者为35~40 kcal/(kg·d)。饮食中糖类、脂肪、蛋白质含全日总热量的比例为蛋白质15%左右,脂肪20%~25%,碳水化合物60%~70%。(2)适量运动:鼓励患者每周规律运动,每次运动时间为30~60 min,每周最少运动5次,活动强度以达到有氧代谢的水平(即脉率=170-年龄)为宜。(3)血糖控制:使用口服降糖药或皮下胰岛素注射,使血糖控制达标,血糖控制目标为餐前血糖4.4~7.2 mmol/L,餐后血糖<10.0 mmol/L,HbA1c<7%。(4)针对其他疾病的相关治疗:如高血压者给予降压治疗、高脂血症者给予降脂治疗等。血压控制目标为<140/80 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa);血脂控制目标为LDL-C<2.1 mmol/L。

抗血小板、抗凝、血管扩张药物、具有活血化瘀作用的中药及中成药不能同时使用。

1.5.2 糖痹外洗方足浴　糖痹外洗方组成:花椒30 g,辣椒30 g,乳香30 g,没药30 g,红花30 g,忍冬藤50 g,冰片10 g。均选用江苏江阴天江药业生产的免煎颗粒剂。沐足方法:采用智能恒温足浴盆,加入13 L冷水于足浴盆,另用小盆加1 L开水完全溶解免煎颗粒后倒入足浴盆,自动加热至42 ℃后开始足浴,全过程保持恒温。30 min/次,1次/d,连用14 d,停用14 d观察,此为1个疗程,共观察治疗3个疗程。

1.6 观察指标

(1)ABI:采用多普勒血流探测仪进行检测,0.90~1.30为正常;0.71~0.90为轻度缺血;0.41~0.70为中度缺血;<0.40提示重度缺血。(2)血液流变学:检测患者治疗前后全血黏度(高切、低切)、血浆黏度。(3)炎性因子:检测患者治疗前后血清肿瘤坏死因子α(TNF-α)、白介素6(IL-6)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)水平。

1.7 统计学方法

所有数据录入与校正使用Epidata 3.1软件,数据分析采用SPSS 19.0软件。所有的统计检验均采用双侧检验,计量资料将采用"($\bar{x}\pm s$)"描述。计量资料组内比较采用配对t检验,等级资料组内比较采用配对*Wilcoxon*符号秩和检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结　果

2.1 治疗前后ABI比较　治疗后ABI明显高于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后ABI严重程度低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表1~2)

表1　治疗前后ABI比较　($\bar{x}\pm s$)

时间	例数	ABI	t	P
治疗前	30	0.72±0.05	-19.74	0.00
治疗后	30	0.87±0.03		

表2　治疗前后ABI严重程度比较　(例)

时间	例数	正常	轻度	中度	重度	Z	P
治疗前	30	0	30	0	0	-2.236	0.025
治疗后	30	5	25	0	0		

2.2 治疗前后血黏度比较　治疗后全血高切黏度、全血低切黏度及血浆黏度均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

表3　治疗前后血黏度比较　($\bar{x}\pm s$,mPa·s)

项目	例数	治疗前	治疗后	t	P
全血高切黏度	30	5.05±0.26	3.99±0.34	17.80	0.00
全血低切黏度	30	11.26±0.92	9.11±0.69	17.43	0.00
血浆黏度	30	2.79±0.34	1.96±0.23	15.28	0.00

2.3 治疗前后炎性因子比较　治疗后血清hs-CRP、IL-6、TNF-α水平均较治疗前显著降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

表4　治疗前后炎性因子比较　($\bar{x}\pm s$)

项目	例数	治疗前	治疗后	t/Z	P
hs-CRP(mg/L)	30	9.38±1.18	8.55±1.02	5.55	0.00
IL-6(pg/mL)	30	28.23±22.33	16.32±11.66	5.46	0.00
TNF-α(pg/mL)	30	9.83±3.94	6.95±2.45	6.11	0.00

3 讨　论

糖尿病性LEAD根据Fontaine分期分为5个阶段。大部分糖尿病患者在出现间歇性跛行、静息痛或足部溃疡以后才被临床诊断合并LEAD,目前仍然存在低知晓率、低诊断率及低治疗率的现状。与非糖尿病患者下肢动脉硬化相比,LEAD下肢

动脉病变往往是多节段、更远端、病变更广泛，出现明显症状时往往已存在不同程度的远端血管闭塞，临床治疗难度大且获效不满意[3]。及早干预无症状的患者，可延缓其病理进程，降低糖尿病足的发生率。然而根据相关临床指南，Fontaine Ⅰ期（无症状期）尚无指征进行抗凝治疗，故极少在临床被诊断及积极干预，目前国内外仍无相关针对性的临床报道。

糖尿病性LEAD属中医学“消渴脉痹”范畴。中医学认为，本病属于本虚标实证，久病伤气、伤血、伤津，进而导致气虚血瘀、气滞血瘀、痰瘀阻络。瘀血为病理基础，贯穿于疾病的始末[4]。研究显示应用活血化瘀中药或中药提取物治疗可改善糖尿病下肢血管病变患者的症状。袁锡林[5]以当归四逆汤加减治疗糖尿病下肢周围血管病变，结果提示有效率高于阿司匹林对照组。乾坤丹V号、归龙丸、降糖通痹胶囊等具有活血化瘀作用的内服中成药可改善糖尿病下肢血管病变的症状[6-8]。活血化瘀注射剂如红花黄色素、川芎嗪、丹参注射液等可应用于糖尿病下肢血管病变的治疗[9-11]。然而上述研究均以下肢血管病变为研究对象，患者已出现不同程度的缺血症状，目前尚无活血化瘀法干预无症状期患者的数据。糖痹外洗方为广东省中医院内分泌科经验方，中药煎汁足浴使用，临床观察可有效改善糖尿病患者下肢麻木、疼痛、发凉等症状[12-15]。本研究以糖痹外洗方对糖尿病性LEAD Ⅰ期患者进行3个疗程的足浴干预，治疗后ABI比治疗前平均上升0.15，证实该治疗手段对糖尿病性LEAD Ⅰ期有一定疗效。糖痹外洗方中花椒、辣椒为温热之品，血得温则行，取其温经活血之用；乳香、没药行气活血，气行则血行；忍冬藤疏风通络；诸药合用，共奏活血化瘀通络之功。

糖尿病性LEAD病理基础为动脉粥样硬化，慢性炎症是始动因素之一。有研究发现2型糖尿病合并周围血管病变者与未发生血管病变者比较，hs-CRP和IL-6水平明显偏高，提示炎性细胞因子参与了糖尿病周围血管病变的发生[16]。此外，有下肢血管病变的2型糖尿病患者存在更严重的高黏、高凝状态，血液黏度增高可增加血管壁上的切应力，加速动脉硬化形成[17]。本研究发现采用糖痹外洗方足浴后，患者的血清炎性因子（hs-CRP、IL-6、TNF-α）水平、血黏度（全血高切黏度、全血低切黏度及血浆黏度）均较治疗前显著降低，提示其作用机制可能与减轻炎症以及降低血黏度相关。

在给药途径上，本研究选取足浴，并非常见的口服途径，主要基于4个方面。（1）中药足浴时药液接触下肢，直达病所，药物透皮吸收后作用于局部，起效直接；（2）中药足浴为外用给药，避免了口服的不良反应以及肝脏首过效应，降低了肝肾毒性；（3）中药足浴结合热水水疗的作用，热力加速血液循环，促进药物的吸收；（4）足浴操作简便，过程舒适，容易为患者接受并坚持。足浴在糖尿病并发症如糖尿病足病、糖尿病周围神经病变中较常应用[18-19]。

综上，糖痹外洗方足浴治疗Ⅰ期糖尿病性下肢动脉粥样硬化性病变具有一定疗效，机制可能与减轻炎症以及降低血黏度相关。但本研究局限于小样本量及非随机对照，循证证据级别低下，将来有待进一步的大样本、多中心、随机、对照、双盲的临床试验以提供高级别证据，证实糖痹外洗方足浴对糖尿病性LEAD的I级预防效果。

参考文献

[1] 中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[J].中国实用内科杂志，2018，38(4)：292-344.

[2] 王文平，张玉璞，徐胜珍，等.糖尿病下肢血管病变中医辨证与血瘀证相关性研究[J].环球中医药，2013，6(10)：733-736.

[3] 畅坚，许樟荣，王志强，等.糖尿病与非糖尿病性外周动脉病变血管造影对比研究[J].中华糖尿病杂志，2004，5(12)：19-22.

[4] 仝小林，赵煜，毕桂枝，等.试论中医“治未病”及“络病”理论在糖尿病微血管并发症治疗中的应用[J].中医杂志，2007，48(6)：485-486.

[5] 袁锡林，吴深涛.当归四逆汤加减治疗糖尿病下肢周围血管病变32例[J].云南中医中药杂志，2010，31(7)：31.

[6] 薛艳晖，梁金荣，苏致国.乾坤丹Ⅴ号治疗糖尿病下肢血管病变38例[J].河南中医，2012，32(2)：231-232.

[7] 许瑞卿.归龙丸方治疗糖尿病下肢血管病变68例疗效观察[J].淮海医药，2012，30(1)：69-70.

[8] 牛文哲.降糖通脉胶囊治疗糖尿病下肢血管病变45例[J].河南中医，2011，31(12)：1432-1433.

[9] 陈俊，肖万泽.红花黄色素治疗糖尿病下肢血管病变临床观察[J].湖北中医杂志，2013，35(12)：46-47.

[10] 龙志芳，张丽华，王梅.川芎嗪治疗糖尿病下肢血管病变疗效观察[J].河北医药，2009，31(14)：1749-1750.

[11] 黄倩，李佳芮，张玲，等.丹参注射液对2型糖尿病下肢血管病变患者部分炎性指标的影响[J].中华中医药杂志，2014，29(6)：2061-2062.

[12] 罗露露，刘琦，刘振杰，等.中医外治法在糖尿病周围神经病变治疗的效果观察[J].成都中医药大学学报，2015，38(4)：39-41.

[13] 宋薇，温建炫，赵玲，等.α-硫辛酸联合中药沐足治疗糖尿病周围神经病[J].中国实验方剂学杂志，2014，20(20)：186-189.

[14] 张亚娟，黄皓月，范英.中药沐足联合穴位按摩治疗糖尿病周围神经病变[J].现代医院，2013，13(5)：66-67.

[15] 范冠杰，唐咸玉，刘振杰，等.中药外洗方联合弥可保治疗糖尿病周围神经病变临床观察[J].新中医，2010，42(4)：27-28.

[16] YU H I, SHEU W H, SONG Y M, et al. C-reactive protein and risk factors for peripheral vascular disease in subjects with Type 2 diabetes mellitus [J].Diabet Med，2004，21(4)：336-341.

[17] 于南南，程晓亮，李郑芳.糖尿病下肢血管病变与血液流变学相关性研究[J].云南医药，2011，32(2)：190-191.

[18] 龚秀英，胡志斌，宋美英，等.自拟丹桂通络汤熏洗治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察[J].中医药导报，2017，23(15)：96-97，100.

[19] 周卫国，肖美颜，梁艳坤，等.四藤一仙汤加味足浴治疗0级糖尿病足30例临床观察[J].中医药导报，2015，21(6)：32-35.

（收稿日期：2018-10-12 编辑：蒋凯彪）

引用:齐慧娟,汪玖瑛,冯继明,杨丽鸣,赵蓓俊,徐美华.消痹方穴位敷贴治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效和对神经电生理的影响[J].中医药导报,2019,25(24):48-50,53.

消痹方穴位敷贴治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效和对神经电生理的影响*

齐慧娟,汪玖瑛,冯继明,杨丽鸣,赵蓓俊,徐美华
(上海市黄浦区中西医结合医院,上海　200010)

[摘要]　目的:评价消痹方穴位敷贴治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效和对神经电生理影响。方法:将65例糖尿病周围神经病变患者随机分为对照组和治疗组,在控制血糖的基础上,对照组患者(32例)予依帕司他口服,治疗组患者(33例)予消痹方穴位敷贴联合依帕司他口服。治疗6周后比较两组患者的临床疗效、中医证候积分、多伦多临床评分及神经电生理变化。结果:治疗组患者总有效率、中医证候积分、多伦多临床评分明显优于对照组($P<0.05$);治疗组患者感觉神经传导速度改善优于对照组($P<0.05$);治疗组患者H反射改善优于对照组($P<0.05$)。结论:消痹方穴位敷贴联合依帕司他治疗糖尿病周围神经病变疗效优于单用西药,能有效改善感觉神经的传导速度和H反射。

[关键词]　糖尿病周围神经病变;消痹方;穴位敷贴;依帕司他;神经电生理
[中图分类号]　R246.1　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0048-03

Clinical Effect of Acupoint Application of Xiaobi Formula (消痹方) on Diabetic Peripheral Neuropathy and Its Influence on Neuroelectrophysiology

QI Hui-juan, WANG Jiu-ying, FENG Ji-ming, YANG Li-ming, ZHAO Bei-jun, XU Mei-hua
(Shanghai Huangpu District Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Shanghai 200010, China)

[Abstract]　Objective: To evaluate the clinical efficacy and neuroelectrophysiological effects of Xiaobi Formula acupoint application in the treatment of diabetic peripheral neuropathy. Methods: 65 patients with diabetic arthralgia were randomly divided into two groups. On the basis of controlling blood sugar, the control group (32 cases) was treated with epalrestat alone, and the treatment group (33 cases) was treated with acupoint application of Xiaobi Formula combined with epalrestat orally. After 6 weeks of treatment, the clinical efficacy, TCM syndrome score, TCSS score and neuroelectrophysiological changes were compared between the two groups. Results: The total effective rate, TCM symptom score and Toronto clinical score in the treatment group were significantly better than those in the control group ($P<0.05$). The improvement of sensory nerve conduction velocity (SCV) in the treatment group was better than that in the control group ($P<0.05$). And the improvement of H reflex in the treatment group was better than that in the control group ($P<0.05$). Conclusion: Xiaobi Formula acupoint application combined with epalrestat is superior to western medicine alone in the treatment of diabetic peripheral neuropathy. It can effectively improve the sensory nerve conduction speed and H reflex.

[Keywords]　diabetic peripheral neuropathy; Xiaobi Formula; acupoint application; epalrestat; electrophysiology

糖尿病周围神经病变(diabetic peripheral neuropathy,DPN)是糖尿病最常见的慢性并发症之一,也是导致糖尿病足截肢的独立危险因素[1]。据统计,我国2型糖尿病患者DPN的总患病率超过61.8%,并呈逐年升高趋势。现代医学认为DPN发病机制是多元醇通路异常、氧化应激、糖基化产物堆积、微循环障碍、神经营养因子缺乏等多因素共同作用,相应的多种

*基金项目:上海市中医优势病种培育项目(zybz-2017032);上海市黄浦区科委资助面上项目(HKW201650)
通讯作者:齐慧娟,E-mail:carrie_qi@126.com

西药联用，在取得疗效的同时，存在不良反应多以及价格昂贵等弊端。中医外治药精效专，直达病所，具有无胃肠道反应的优势。我院与全国名老中医丁学屏工作室合作，秉承丁老的学术观点[2]和用药特点组方拟定消痹方。消痹方具有益气活血、通络除痹之功效。本研究在联合依帕司他的基础上，评价了消痹方穴位敷贴治疗DPN的临床疗效及对神经电生理影响。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照世界卫生组织国际协作研究中心（WHOPNTF）制定的DPN诊断标准[3]：（1）符合WHO糖尿病诊断标准；（2）肢体有持续性疼痛和/或感觉异常；（3）踝反射减弱；（4）震动觉减弱；（5）神经传导速度降低；（6）排除其他原因（颈腰椎病变、格林-巴利综合征、酒精中毒、尿毒症、药物等）。

1.1.2 中医诊断标准 参照《糖尿病中医防治指南》[4]诊断标准，辨证为气虚络瘀证。

1.2 纳入标准 （1）符合上述西医、中医诊断标准；（2）年龄20~80岁，非妊娠或哺乳期妇女；（3）2周内未接受其他改善神经病变的药物；（4）签暑知情同意书。

1.3 排除标准 （1）合并糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷等急性并发症；（2）严重肝肾功能异常或急性心脑血管病变；（3）严重下肢皮损、感染者；（4）药物过敏者；（5）不能坚持疗程或不合作者。

1.4 一般资料 本研究经医院医学伦理委员会审核通过。入选病例为2016年10月至2018年9月就诊于本院内分泌科门诊及住院患者共65例，按随机数字表法分为两组。治疗组33例，男18例，女15例，年龄（67.36±7.4）岁，DM病程（10.15±4.43）年，空腹血糖（8.86±2.33）mmol/L，糖化血红蛋白（8.44±1.89）%。对照组32例，男17例，女15例，年龄（66.81±8.9）岁，DM病程（10.34±4.89）年，空腹血糖（8.71±2.1）mmol/L，糖化血红蛋白（8.38±2.04）%。两组患者基线资料比较，差异均无统计学意义（P>0.05），具有可比性。

1.5 治疗方法

1.5.1 基础治疗 两组均采用糖尿病常规治疗，包括饮食控制、适度运动、口服降糖药物和（或）注射胰岛素以严格控制血糖，控制目标为糖化血红蛋白（HbA1c）7%以下。

1.5.2 对照组 予依帕司他片（规格：50 mg/片，扬子江药业集团）口服，50 mg/次，3次/d。治疗6周。

1.5.3 治疗组 在对照组基础上，予消痹方穴位敷贴（主药：黄芪、三七、延胡索、鸡血藤、络石藤、川牛膝、椒目；研粉过120目，黄酒调匀），主穴：足三里、三阴交、八风穴、阿是穴。隔日一次，持续4 h。治疗6周。

1.6 观察指标 （1）中医证候积分：参照《中药新药临床研究指导原则》[5]制定消渴痹证之气虚络瘀证中医证候积分表，选取肢软乏力、疼痛、麻木、发凉、感觉迟滞，按无（0分）、轻（2分）、中（4分）、重（6分）4个等级对应评分。（2）多伦多临床评分（TCSS）[6]。（3）电生理指标：胫神经及腓神经运动神经传导速度（MCV）、腓肠神经感觉神经传导速度（SCV）、胫神经H反射（采用NTS-2000肌电图与诱发电位仪）。（4）安全性指标：血糖、血常规、肝功能、肾功能、心电图，并随时记录用药过程中的不良反应。

1.7 疗效标准 综合中医证候积分、TCSS评分、电生理3项进行评价。积分评定采用尼莫地平法。显效：临床主要症状、体征明显改善，中医证候积分减少≥70%，神经传导速度提高≥10%；有效：临床主要症状、体征有所好转，中医证候积分减少≥30%，但<70%，神经传导速度提高≥5%，但<10%；无效：未达到以上标准[5,7]。

1.8 统计学方法 数据应用SPSS 22.0软件进行处理。计量资料采用（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用成组t检验，治疗前后比较采用配对t检验；组间疗效比较采用秩和检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗组总有效率为90.91%，对照组总有效率为71.88%；治疗组总有效率显著高于对照组（P<0.05）。（见表1）

表1 两组患者临床疗效比较 [例（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率（%）
治疗组	33	8（24.24）	22（66.67）	3（9.09）	90.91[a]
对照组	32	2（6.25）	21（65.63）	9（28.13）	71.88

注：与对照组比较，[a]P<0.05

2.2 两组患者中医证候积分比较 两组患者治疗后中医证候积分均明显降低（P<0.01），表明两组均可改善DPN中医临床症状；治疗组患者治疗后中医证候积分低于对照组（P<0.01）。（见表2）

表2 两组患者中医证候积分、TCSS临床评分比较 （$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	中医证候积分		TCSS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	33	16.42±3.77	7.88±3.48[ab]	7.73±1.58	5.09±1.94[ac]
对照组	32	16.56±3.44	10.38±3.69[a]	7.63±1.05	6.00±1.46[a]

注：与治疗前比较，[a]P<0.01；与对照组比较，[b]P<0.01，[c]P<0.05

2.3 两组患者TCSS评分比较 两组患者治疗后TCSS评分均明显降低（P<0.01），表明两组均可改善周围神经系统症状；治疗组患者治疗后TCSS评分低于对照组（P<0.05）。（见表2）

2.4 两组患者治疗前后空腹血糖、餐后2 h血糖、糖化血红蛋白比较 两组患者治疗前、治疗后空腹血糖、餐后2 h血糖、糖化血红蛋白比较，差异无统计学意义（P>0.05），排除血糖波动对试验结果的影响。（见表3）

表3 两组患者治疗前后空腹血糖、餐后2 h血糖及糖化血红蛋白比较 （$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	时间	空腹血糖（mmol/L）	餐后2 h血糖（mmol/L）	糖化血红蛋白（%）
治疗组	33	治疗前	8.86 ± 2.33	13.69 ± 5.86	8.44 ± 1.89
		治疗后	6.76 ± 1.14[ab]	8.98 ± 3.74[ab]	6.97 ± 0.65[ab]
对照组	32	治疗前	8.71 ± 2.10	13.44 ± 6.11	8.38 ± 2.04
		治疗后	6.58 ± 1.01[a]	9.12 ± 4.03[a]	7.01 ± 0.67[a]

注：与治疗前比较，[a]P<0.05；与对照组比较，[b]P>0.05

2.5 两组患者治疗前后神经电生理比较 两组患者治疗后胫神经MCV、腓神经MCV、腓肠神经SCV、胫神经H反射均改善（P<0.05或P<0.01）；治疗组患者治疗后腓肠神经SCV、胫神

经H反射改善均优于对照组（$P<0.05$）。（见表4）

表4　两组患者治疗前后神经电生理指标比较　（$\bar{x}\pm s$，m/s）

组别	例数	时间	胫神经MCV	腓神经MCV	腓肠神经SCV	胫神经H反射
治疗组	33	治疗前	39.60±5.51	39.97±5.28	41.53±4.74	4.93±0.52
		治疗后	45.05±5.56[a]	45.56±6.03[a]	47.72±5.14[ac]	6.17±1.07[ac]
对照组	32	治疗前	39.97±6.52	40.38±5.59	41.37±5.91	4.89±0.66
		治疗后	43.25±6.36[b]	43.49±5.92[b]	44.01±7.13[b]	5.59±0.97[a]

注：与治疗前比较，[a]$P<0.01$，[b]$P<0.05$；与对照组比较，[c]$P<0.05$

2.6　安全性评估　两组患者均在治疗前后进行了血常规、肝肾功能、心电图检测，均在正常范围内。治疗组患者未出现神经系统、消化系统及皮肤过敏等不良反应。

3　讨　论

DPN是糖尿病最常见的并发症，在一部分糖尿病患者早期已有发生，且随着病程的增加，糖化血红蛋白增高，发病率随之增加。神经传导速度（NCV）测定发现感觉神经波幅下降和不同程度的传导速度减慢是DPN的早期表现之一[8]，最早出现于足底和背侧的腓肠神经[9]，而随着糖尿病病程延长，运动神经传导速度减慢更明显，但抗干扰性和稳定性较好；而H反射对诊断神经根损害具有很高的价值[10]。代谢因素在DPN病程中起着重要作用[11]，目前以依帕司他为代表的醛糖还原酶抑制剂（ARI）在临床取得了一定的疗效[12]。但其他针对病因的辅助用药繁多，包括抗氧化剂、血管扩张剂、营养神经药物、肌醇、神经生长因子等。多药联用产生了不良反应多以及价格昂贵等弊端，且整体疗效亦不理想，而中医外治在这些方面优势凸显。

DPN可表现为对称性四肢远端麻木、疼痛、发凉或灼烧感等感觉异常，伴见皮肤干燥、皮色苍白，间歇性跛行，夜间痛甚，倦怠乏力，趺阳脉沉伏不见等。近代医家总结其临床特征和病程特点，提出“消渴痹证”这一病名。丁学屏结合多年临证经验，提出此病病机乃“病久之营卫行涩”，盖气虚则推动无力，血行艰涩，脉络阻滞，而瘀血又阻遏气血精微的输布，两者交互为患，贯穿始终。消痹方在此指导思想下组方，结合丁学屏喜用“芪、藤”的特点，以黄芪、三七、延胡索、鸡血藤、络石藤、川牛膝、椒目研粉，黄酒调制，具有行益气活血、祛瘀通络之功。李东垣医案述：“麻者气之虚也，真气弱，不能疏通至堵塞经脉……故生麻木不仁”，方中重用黄芪为君药，因其专补气，又善生血行血，气血通畅则麻痛可止。三七为臣药，用其“止血不留瘀，活血无出血”之特点，配伍延胡索行气通滞止痛。重用鸡血藤、络石藤，发挥其“流利经脉，舒筋活络”的作用，使通络祛瘀之功更专。佐以川牛膝补益肝肾，行瘀达下；椒目通达四末，辛散腠理。现代药理研究证实黄芪能有效增强内皮细胞血管紧张素转换酶ACE2及其mRNA的表达，实现对血管内皮的保护作用[13]；黄芪皂苷Ⅴ可阻碍羧甲基、糖基化终产物的生成，从而抑制糖尿病神经病变的进程[14]。三七总皂甙可通过阻断受体钙离子通道，促进血管内皮细胞释放NO以扩张血管，改善局部微循环[15]；皂苷Rb1和Rg1可通过PKA途径增加雪旺细胞的神经生长因子（NGF）表达[16]。鸡血藤的抗氧化活性在45种活血化瘀中药中最高[17]；鸡血藤中黄酮类成分有镇痛作用。络石藤甲醇提取物对动物足部肿胀有抑制作用。

穴位敷贴是基于中医经络理论的外治法，现代研究表明腧穴具有敏化性，有传递物质能量以及信息调控等重要作用[18]，通过穴位的刺激，能整体调节并放大药物的疗效；同时经皮给药能有效降低胃肠道反应及首过效应，使药力直达病所。足三里是足阳明胃经之合穴，可治“阴气不足，热中，消谷善饥”，有健脾补虚濡筋之效。三阴交为足三阴经之交会穴，通于肝肾，可“灌溉诸末，濡养筋骨”，有滋阴健脾、活血化瘀之效。八风穴乃经外奇穴，有丰富的末梢神经分布，专治足趾之疾。阿是穴是局部疾病的外在反应点，用其直达病所之意。

本研究结果显示：治疗组患者临床疗效、中医证候积分、TCSS评分优于对照组，提示消痹方穴位敷贴联合依帕司他能有效改善糖尿病周围神经病变患者的临床症状，提高临床疗效。治疗组患者感觉神经传导速度、H反射改善优于对照组，提示两者联合可有效缓解周围神经损伤，改善感觉异常和反射迟钝。

综上，消痹方穴位敷贴联合依帕司他治疗糖尿病周围神经病变，可改善临床症状及神经电生理，且无毒副作用，是治疗DPN行之有效的临床治疗手段，值得作为中医适宜技术进行推广。今后将继续深入研究，持续追踪，充实样本数量并延长观察周期。

参考文献

[1] SHOJAIEFARD A，KHORGAMI Z，LARIJANI B. Independent risk factors for amputation in diabetic foot[J].International Journal of Diabetes in Developing Countries，2008，28(2)：32-37.

[2] 丁学屏.中西医结合糖尿病学[M].北京：人民卫生出版社，2004：335.

[3] 朱禧星.现代糖尿病学[M].上海：上海科学技术出版社，2000：333-340.

[4] 中华中医药学会糖尿病分会.糖尿病中医防治指南:ZYYXH/T 3.1~3.15-2007[S].北京：中国中医药出版社，2007：26.

[5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京：中国医药科技出版社，2002.

[6] 刘凤，毛季萍，颜湘，等.多伦多临床评分系统在糖尿病周围神经病变中的应用价值[J].中南大学学报，2008，33(12)：1137-1141.

[7] 中华医学会神经病学分会.肌电图规范化检测和临床应用共识修订版[J].中华神经科杂志，2015，48(11)：950-964.

[8] 刘明生，胡蓓蕾，崔丽英，等.糖尿病周围神经病700例临床与神经电生理分析[J].中华内科杂志，2005，44(3)：173-176.

[9] LIAO H，BANBURY L. Antioxidant activity of 45 Chinese herbs and the relationship with their TCM characteristics[J].Evid Based Complement Arternat Med，2008，5(4)：429.

[10] 张贺齐，尚淑玲，李迥，等.糖尿病合并周围神经病变患者的H反射变化[J].山西医药杂志，2012，41(8)：793-795.

[11] 张进，薛波，施弘，等.糖尿病周围神经病

（下转第53页）

引用:邓玲华,舒兰,曾才秀,易锡良.加味小青龙汤治疗儿童喘息性肺炎的临床观察[J].中医药导报,2019,25(24):51-53.

加味小青龙汤治疗儿童喘息性肺炎的临床观察*

邓玲华[1],舒 兰[2],曾才秀[1],易锡良[1]
(1.湘潭市妇女儿童医院,湖南 湘潭 411100;
2.湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙 410007)

[摘要] 目的:观察加味小青龙汤治疗儿童喘息性肺炎的临床疗效。方法:将85例喘息性肺炎患儿随机分为治疗组及对照组,在西医常规治疗基础上,分别给予加味小青龙汤与甲泼尼龙琥珀酸钠治疗。2组均以1周为1个疗程,治疗1个疗程后比较疗效。结果:治疗组总有效率为84.8%,对照组为79.5%,两组比较,差异无统计学意义(P>0.05);治疗组患儿喘憋缓解时间、哮鸣音消失时间及平均住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义(P<0.05);两组患儿治疗后外周血嗜酸性粒细胞(EOS)水平均降低,差异均有统计学意义(P<0.05),且治疗组患儿降低程度优于对照组(P<0.05);两组患儿治疗后血清IgE水平均降低,差异均有统计学意义(P<0.05),两组治疗后血清IgE水平比较,差异无统计学意义(P>0.05)。结论:加减小青龙汤治疗喘息性肺炎患儿疗效可靠。

[关键词] 喘息性肺炎;儿童;加味小青龙汤;甲泼尼龙琥珀酸钠;IgE;嗜酸性粒细胞
[中图分类号] R272 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2019)24-0051-03

Clinical Observation of Modified Xiaoqinglong Decoction (加味小青龙汤) in the Treatment of Asthmatic Pneumonia

DENG Ling-hua[1], SHU Lan[2], ZENG Cai-xiu[1], YI Xi-liang[1]
(1.Xiangtan Women and Children's Hospital, Xiangtan Hunan 411100, China;
2.The Frist Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410007, China)

[Abstract] Objective: To observe the clinical efficacy of Modified Xiaoqinglong Decoction in the treatment of asthmatic pneumonia. Methods: The 85 patients with asthmatic pneumonia were randomly divided into treatment group and control group, based on the conventional treatment of western medicine, the Modified Xiaoqinglong Decoction and meprednisolone were given respectively. In both groups, 1 treatment course was taken for 1 week, and the efficacy was compared after 1 treatment course. Results: The total effective rate was 84.8% in the treatment group and 79.5% in the control group, and the difference was not statistically significant (P>0.05). Compared with the control group, the duration of wheezing was shorter, and the difference was statistically significant (P<0.05). EOS level of both groups decreased after treatment, and the difference was statistically significant (P<0.05), and the reduction degree of the treatment group was better than the control group (P<0.05). The IgE level of the two groups after treatment decreased, and the difference was statistically significant (P<0.05), but there was no statistically significant difference between the treatment group and the control group (P>0.05). Conclusion: Modified Xiaoqinglong Decoction is effective in the treatment of asthmatic pneumonia.

[Keywords] asthmatic pneumonia; children; Modified Xiaoqinglong Decoction; meprednisolone; IgE; EOS

喘息性肺炎是婴幼儿时期常见的下呼吸道感染疾病之一,其临床症状如肺炎,且喘憋更甚,活动及睡眠受到限制,严重影响儿童身体健康。近年流行病学调查显示,有约50%的婴儿和儿童在3岁以前发生过至少1次喘息[1]。导致喘息发生

*基金项目:湖南省中医药科研计划项目(2016146)
通讯作者:舒兰,E-mail:shulan63@163.com

的病因80%与感染相关，其中，又以呼吸道合胞病毒（RSV）感染最为常见。建立在西医循证医学上的抗感染、β_2受体激动剂吸入及糖皮质激素等治疗发挥了关键作用，大部分患儿急性期喘息症状得以减轻，但恢复期治疗效果仍欠佳。尤其是住院患儿病程中喘息反复发作、喉间痰鸣难消，虽然大部分患儿最终可以治愈，但仍有34%~50%患儿日后可能会继发支气管哮喘[2]。因此，如何有效地控制患儿喘息症状，促进肺部炎症吸收，降低日后喘息的风险，成为临床医师关注的重点。《诸福棠实用儿科学》第7版推荐了经方小青龙汤对于能服用汤药的患儿有较好的效果。本研究观察了加味小青龙汤治疗喘息性肺炎患儿的临床疗效及急性期与恢复期IgE、嗜酸性粒细胞（EOS）水平变化，现报告如下。

1　资料与方法

1.1　诊断标准[3]　（1）咳嗽、气促、喘憋；（2）两肺闻及喘鸣音及湿啰音；（3）胸部X线显示双肺有斑片状阴影。

1.2　纳入标准　（1）年龄在6个月以上，5岁以内；（2）符合上述诊断标准；（3）患儿监护人知情同意。

1.3　排除及脱落标准　（1）不符合喘息性肺炎诊断标准者；（2）年龄在6个月以下，5岁以上者；（3）合并有先天性、遗传性疾病或者其他严重慢性疾病者；（4）合并心、肝、肾以及血液系统等严重原发性疾病者；（5）治疗观察期间出现其他系统严重疾病者；（6）对药物过敏者；（7）资料不全或者未按规定治疗影响观察者。

1.4　一般资料　85例患儿均为2016年3月至2018年2月在湘潭市妇女儿童医院住院的喘息性肺炎患儿，根据就诊顺序号按随机数字表法分为两组。两组患儿一般资料比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。（见表1）

表1　两组患儿一般情况比较

组别	例数	性别（例）		年龄（$\bar{x}\pm s$，岁）	病程（$\bar{x}\pm s$，d）
		男	女		
治疗组	46	35	11	2.0±0.3	2.9±0.1
对照组	39	30	9	2.1±0.1	3.0±0.2

1.5　治疗方法

1.5.1　对照组　在西医常规治疗（吸氧、抗感染、复方异丙托溴铵溶液雾化吸入）基础上加用甲泼尼龙琥珀酸钠（国药集团荣生制药有限公司）静脉滴注，1 mg/(kg·d)，2次/d，合并细菌感染时加用抗生素治疗。

1.5.2　治疗组　在西医常规治疗（吸氧、抗感染、复方异丙托溴铵溶液雾化吸入）基础上采用加味小青龙汤，方药组成：蜜麻黄3 g，白芍6 g，细辛2 g，干姜3 g，桂枝5 g，五味子3 g，法半夏5 g，红花2 g，车前子10 g，甘草3 g。饮片由湖南岳衡中药饮品有限公司厂家提供。本院煎药房统一浸泡、煎制、封包，每剂中药煎出药液100 mL，分2袋密装，50 mL/袋，分3次温服。

治疗期间两组患儿均嘱注意休息，清淡饮食，必要时予退热及对症治疗。两组均以7 d为1个疗程，治疗7 d后评价疗效。

1.6　观察指标

1.6.1　血清总IgE水平　患儿于治疗前、后各采集晨起空腹静脉血2 mL，3000 r/min离心10 min，分离血清，采用罗氏全自动电化学发光仪免疫法检测，读取、记录检测结果，所有操作严格按照说明书进行。

1.6.2　外周血EOS水平　患儿于治疗前、后各采集2 mL静脉血，采用全自动血细胞分析仪检测外周血EOS。

1.7　疗效标准[4]　观察两组患儿咳嗽、肺部喘憋缓解时间和肺部喘鸣音消失时间及住院天数，记录相关数据之后对比治疗结果。显效：治疗7 d内，患儿的临床症状与体征（咳嗽、气促、憋喘）消失；有效：治疗7 d内，患儿的临床症状与体征明显缓解；无效：治疗7 d内，患儿的临床症状与体征无改善或加重。

1.8　统计学方法　所得数据采用SPSS 20.0统计软件处理，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，两组比较采用t检验；计数资料用百分比表示，两组比较用χ^2检验；等级资料比较采用秩和检验。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2　结　果

2.1　两组疗效比较　治疗组总有效率为84.8%，对照组为79.5%，两组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。（见表2）

表2　两组疗效比较　[例（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	46	9（19.6）	30（65.2）	7（15.2）	39（84.8）
对照组	39	6（15.4）	25（64.1）	8（20.5）	31（79.5）

2.2　两组患儿咳嗽、喘憋缓解时间、喘鸣音消失时间及平均住院时间比较　治疗组患儿喘憋缓解时间、哮鸣音消失时间及平均住院时间均短于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表3）

表3　两组患儿咳嗽、喘憋缓解时间、喘鸣音消失时间及平均住院时间比较　（$\bar{x}\pm s$，d）

组别	例数	咳嗽、喘憋缓解时间	喘鸣音消失时间	平均住院时间
治疗组	46	2.42 ± 0.73	4.01 ± 0.87	6.95 ± 0.56
对照组	39	3.13 ± 1.01	4.75 ± 1.03	7.56 ± 0.23

2.3　两组患儿治疗前后IgE及EOS水平比较　两组患儿治疗后EOS水平均降低，差异均有统计学意义（$P<0.05$），且治疗组患儿降低程度优于对照组（$P<0.05$）；两组患儿治疗后IgE水平均降低，差异均有统计学意义（$P<0.05$），但两组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。（见表4）

表4　两组患儿治疗前后IgE及EOS水平比较　（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	IgE（IU/mL）		EOS（$\times 10^6$/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	46	189.3 ± 18.9	70.1 ± 22.1^{a,b}	553.0 ± 15.0	127.0 ± 11.0^{a,c}
对照组	39	178.5 ± 21.3	78.3 ± 17.2^{a}	526.0 ± 17.0	225.0 ± 13.0^{a}

注：与治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与对照组比较，$^{c}P<0.05$，$^{b}P>0.05$

3　讨　论

儿童喘息性肺炎大多由RSV感染所致，其发病与婴幼儿支气管的解剖学特点有关，因微小的管腔容易因黏性分泌物、水肿及收缩而发生梗阻，并可能导致肺气肿和肺不张，发病时可见发热、咳嗽气喘，伴随喘憋，其症状与支气管哮喘十分相似。RSV作为病原体作用于机体后[5-6]，$CD4^+$T细胞对RSV特异性抗原做出反应，免疫反应产生IL-4和IL-5，IL-4和IL-5的分泌则促进EOS和IgE产生。在IgE介导下，气道中的EOS阳离子蛋白被激活，参与喘息发作期和恢复期的炎性反应。且

首次RSV感染后，还可使机体产生RSV特异性抗体IgE，若患儿再次感染RSV，其特异性抗体IgE与相应病毒抗原结合，产生变态反应，再次导致IgE升高，IgE使气道反应性增高，气道内EOS浸润，诱导肺内产生Th2型炎症反应，极大地增加了RSV再次感染后发展为支气管哮喘的可能性[5]。据相关研究发现，在检测非RSV感染的喘息型肺炎患儿时，病原体同样刺激机体产生特异性IgE，产生变态反应，进一步提示，喘息性肺炎与哮喘两种疾病间可能存在共同的发病机制[7]。还有学者认为，第一次喘息性肺炎可能是哮喘早期发作的表现形式，或者说部分哮喘可由婴幼儿时期的喘息性肺炎发展而来，虽然两者间的具体相关性尚未定论，但由此可推测出，积极治疗RSV感染对预防支气管哮喘的形成亦有积极意义。

中医学将本病归属于“哮喘”等范畴，《幼幼集成》认为：“吼者，喉中如拽锯，若水鸡声者是也；喘者，气促而连续，不能以息者是也，故吼以声响言，喘以气息名。”本病病因为外有风寒束表，皮毛闭塞，卫阳被遏，内有水饮，外寒相搏，内外相引，肺失宣降，故发为咳喘。笔者治疗本病以加味小青龙汤解表散寒，温化水饮。方中麻黄、桂枝相须为君，发汗散寒以解表邪，且麻黄能宣肺气而平喘咳，桂枝化气行水利里饮；干姜温中以行水，细辛散寒温肾，五味子酸以敛肺，干姜、细辛、五味子同用温化里饮；白芍配桂枝调和营卫；半夏降逆；稍佐红花活血化瘀，车前子化痰饮使邪有出路。诸药合用，使风寒解，水饮去，宣降复，则诸症自平。现代药理研究发现，小青龙汤可有效缓解肺部各支气管以及周围炎性细胞浸润及分泌物阻塞，恢复纤毛粘连，同时可抑制IgE产生，降低IgE含量，下调IL-5水平进而降低EOS水平、减少肺内EOS的浸润，减轻IgE介导的气道炎症反应，从而达到重塑气道，消除肺部炎症的目的[8-9]。李用粹《证治汇补·哮病》提出：“内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为哮病。”他认为哮病发作期的基本病机是痰浊内阻，气道闭塞，若为非时之邪气所触发，必发为哮病。由此可推测，在喘息性肺炎患儿治疗过程中，急性期予加味小青龙汤减轻肺部炎症，缓解期重用止咳化痰祛瘀之品，根治“痰浊”，阻止其发展为“伏痰”，或可降低再次喘息发作的风险。

本临床观察结果显示，加味小青龙汤治疗喘息性肺炎的有效率与甲强龙治疗相当，患儿喘憋缓解时间、哮鸣音消失时间及平均住院时间等方面均优于甲强龙治疗；同时可明显降低急性期IgE及EOS水平，且EOS降低水平优于甲强龙。说明加味小青龙汤可减轻疾病过程中的炎症反应，促进病情的恢复，其机制可能与其降低急性期喘息性肺炎患儿血清IgE及EOS水平有关。

参考文献

[1] 沈文那，王垒，孙欣荣.婴幼儿喘息的病因回顾分析[J].中国妇幼健康研究，2018，29(5)：77-80.

[2] 中华儿科杂志编辑委员会，中华医学会儿科分会呼吸学组.毛细支气管炎诊断、治疗与预防专家共识（2014年版）[J].中华儿科杂志，2015，53(3)：168-169.

[3] 胡亚美，江载芳.诸福棠实用儿科学[M].北京：人民卫生出社，2002：1199.

[4] 中医儿科病证诊断疗效标准2016年版[S].ZY/T001.4-94

[5] DAKHAMA A，LEE Y M，OHNISHI H，et al. Virus-specific IgE enhances airway responsiveness on reinfection with respiratory syncytial virus in newborn mice[J]. Journal of Allergy and Clinical Immunology，2009，123(1)：138-145.

[6] 周卫芳，季伟，朱灿红.呼吸道合胞病毒肺炎血清TH1、TH2细胞因子、总IGE水平变化及意义[J].苏州大学学报（医学版），2003，23(2)：211.

[7] 陆斌杰，曹兰芳，于清，等.合胞病毒肺炎T细胞趋化值和总IgE的变化[J].上海第二医科大学学报，1999，19(5)：426.

[8] 王伟，张狄，周大兴，等.小青龙汤对哮喘炎性反应的作用及其机制探讨[J].浙江中西医结合杂志，2011，21(10)：680-683.

[9] 汤春园，钟定，施焕中，等.吸入白细胞介素-5对支气管哮喘患者外周血嗜酸性粒细胞数的影响[J].广西医科大学学报，1998，15(1)：22.

（收稿日期：2018-09-25 编辑：罗英姣）

（上接第50页）

变危险因素分析[J].上海医学，2008，31(10)：721-723.

[12] 贾佳，余江毅.依帕司他治疗糖尿病周围神经病变的Meta分析[J].中国糖尿病杂志，2013，21(9)：782-788.

[13] 宋瑞霞，余静，杨丽丽，等.甘肃黄芪毛蕊异黄酮对血管内皮细胞ACE、ACE2表达的影响[J].中国药学杂志，2008，43(8)：594-597.

[14] KEITA M，YUKIO F，NAOKO K. Astragalosides isolated from the Root of Astragalus Radix Inhibit the Formation of Advanced Glycation End Products[J].Journal of Agricultural and Food Chemistry，2009，57(17)：7666-7672.

[15] 江小萍，李海全，潘少霞，等.三七总皂苷对缺血再给氧血管内皮细胞钙离子浓度及肌浆网Ca^{2+}-ATP酶活性的影响[J].中华中医药学刊，2011，29(4)：758-760.

[16] LIANG W，GE S，YANG L，et al. Ginsenosides Rb1 and Rg1 promote proliferation and expression of neurotrophic factors in primary Schwann cell cultures[J]. Brain Research，2010，1357：19.

[17] KAYIHAN U，BARIS I，DENIZ B，et al. Medial plantar and dorsal sural nerve conduction studies increase the sensitivity in the detection of neuropathy in diabetic patients[J].Clinical Neurophysiology，2008，119(4)：880-885.

[18] 于宏君，蒋海琳，王富春.试论腧穴的生物学特性——敏化性[J].中国中医基础医学杂志，2016，22(12)：1643-1645.

（收稿日期：2019-02-23 编辑：蒋凯彪）

调　查

引用:叶毅良,卢标清.突发性耳聋发病与季节及气象因素的相关性[J].中医药导报,2019,25(24):54-56.

突发性耳聋发病与季节及气象因素的相关性

叶毅良[1],卢标清[2]

(1.广州中医药大学,广东　广州　510006;
2.广州中医药大学附属中山中医院,广东　中山　528400)

[摘要]　目的:探讨突发性耳聋发病与季节及气象因素的相关性,为突发性耳聋的季节性防治提供参考及依据。方法:收集1397例突发性耳聋的病例及中山市气象资料,将病例、气象因素资料进行四季归类,统计每年四季中每一季节的发病人数及平均气象指标,采用*Spearson*相关性分析研究突发性耳聋发病与气象因素相关性。结果:突发性耳聋夏季(6—8月)高发,占29.1%,四季病例分布趋势为夏季>秋季>春季>冬季;突发性耳聋与平均气温、平均最高气温及降水量呈正相关,与平均气压呈负相关。结论:突发性耳聋发病有季节性,以夏季及秋季高发,其中8月、11月为发病高峰,发病人数较多,平均气温、平均最高气温、降水量、平均气压为主要气象因素。

[关键词]　突发性耳聋;季节;气象因素;相关性

[中图分类号]　R226　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-054-03

突发性耳聋指72 h内突然发生的、原因不明的感音神经性听力损失,至少在相邻的2个频率听力下降≥20 dB HL[1]。该病属于中医学"暴聋"的范畴。有关突发性耳聋的发病机制当前尚未明确。针对这类患者的治疗因其曲线类型的差异性导致其治疗效果存在较大的差异,尤其是对全聋型患者和高频下降型患者来说,其治疗效果并不是很理想。近些年,突发性耳聋疾病的发病率呈缓慢增高的趋势,因此对该病的治疗和预防受到了广大学者的关注。基于中医学中"天人相应",疾病的发生与环境气候等因素密切相关。《素问·四气调神大论篇》中指出:"阴阳四时者,万物之终始也,死生之本也,逆之则灾害生,从之则苛疾不起",四时季节气候的变化与人体病理变化关系紧密。现代研究证实,突发性耳聋的发病与气象因素有相关性[2],但目前尚缺乏明确的结论。本研究从四季的角度通过对我院2011年3月至2018年2月突发性耳聋病例数及气象资料进行整理及分析,探讨突发性耳聋发病与气象因素的相关性,以期为临床防治突发性耳聋提供依据,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　纳入标准　(1)突发性耳聋中诊断标准,72 h内发生的、原因不明的感音性听力损失,至少在相邻的两个频率听力下降≥20 dB HL,可伴有耳胀、耳鸣、眩晕等症状。(2)具有完整的病历及检验检查资料,能准确推算发病日期;(3)无头部外伤史,无头部放射治疗史,无耳毒性药物及长期噪音接触史。

1.2　排除标准　(1)不符合诊断标准;(2)病历资料不完整,无法准确推算发病时间者;(3)不能积极配合检查者;(4)发现明确病因者,如外耳及中耳疾病、鼻咽癌、外伤、噪声性聋、老年性耳聋、爆震性聋、药物性聋、脑卒中、大前庭水管综合征、梅尼埃病、颅内占位性病变、蜗后占位性病变,以及外淋巴瘘、梅毒感染等。

1.3　病例资料　病例来源于2011年3月至2018年2月广州中医药大学附属中山中医院耳鼻咽喉科突发性耳聋住院患者,按照纳入标准,共有1397例突发性耳聋患者纳入研究,将所有病例分别进行四季归类。四季划分标准:春季3—5月,夏季6—8月,秋季9—11月,冬季12月至次年2月。

1.4　气象资料　气象资料由中山市气象台提供,包括2011年3月至2018年2月共7年逐月的降水量、平均风速、平均气温、平均最低气温、平均最高气温、平均气压、平均相对湿度、日照时数、日照百分数、平均水气压共10项气象因素均值,将气象因素分别进行四季归类。

1.5　数据整理　将所有病例、气象因素资料分别进行四季归类,统计每年四季的发病人数、每年发病人数、每月发病人数及平均气象指标。

1.6　统计学方法　采用SPSS 25.0统计软件分析数据,应用*Spearson*相关性分析。计数资料采用例数进行描述,组间比较采用χ^2检验进行比较。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2　结　　果

2.1　发病趋势　除2013年及2016年外,突发性耳聋患病人数呈逐年上升趋势,尤其2014至2017年较2011至2013年增长明显。(见图1)

2.2　发病的季节特征　突发性耳聋患者夏季(6—8月)人数最多,共406人,占29.1%,其次为秋季(9—11月),共374人,占26.8%,春季(3—5月)及冬季(12月至次年2月)较少,分别为316人及301人,分别占22.6%及21.5%。其中8月、11月为发病高峰,发病人数较多。(见图2)

通讯作者:卢标清,E-mail:lubiaoqing@163.com

夏季、秋季的发病人数与春季、冬季的发病人数比较，差异有统计学意义（$P<0.05$），夏季的发病人数与秋季的发病人数比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。

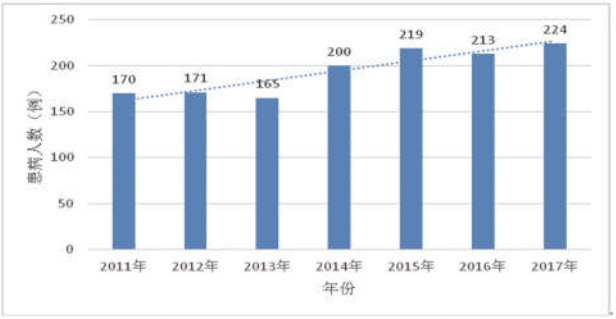


图 1　2011—2017 年突发性耳聋患者住院人数

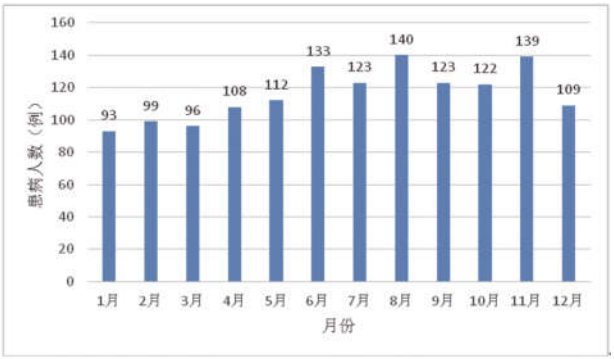


图 2　2011—2018 年每月发病人数（2011 年 1—2 月病例未纳入）

2.3　2011—2018年突发性耳聋四季平均病例及气象因素均值基本情况　四季病例分布趋势为夏季>秋季>春季>冬季，不同季节的气象因素各具特点，夏季的平均气温、平均最高气温、平均相对湿度及降水量明显高于其他季节，秋冬季节的平均气压明显高于春夏季节。（见表1）

2.4　2011—2018年突发性耳聋四季发病与气象因素的相关性分析　2011—2018年突发性耳聋发病人数与春季、夏季平均气温呈正相关，相关系数分别为0.597、0.815；与春季、夏季平均最高气温呈正相关，相关系数分别为0.612、0.742；与夏季降水量呈正相关，相关系数为0.624；与秋季平均气压呈负相关，相关系数为–0.705。（见表2）

表 2　2011—2018 年突发性耳聋四季发病与气象因素相关性

因素	r	P
发病与春季平均气温	0.597	0.042
发病与春季平均最高气温	0.612	0.038
发病与夏季平均气温	0.815	0.015
发病与夏季平均最高气温	0.742	0.018
发病与夏季降水量	0.624	0.011
发病与秋季平均气压	–0.705	0.003

3　讨　论

随着突发性耳聋患病人数的逐渐增加，对人们生活的影响也越来越大，已经发展成为了社会性问题。2015年《突发性聋诊断和治疗指南》[1]提出了根据听力曲线分型综合治疗，但目前疗效仍不理想，其中高频下降型及全聋型预后较差，并且目前突发性耳聋的病因尚未明确。因此我们通过对近几年突发性耳聋患者发病时间以及中山市气候因素进行研究，结果显示该病的发病趋势存在一定规律，而且研究显示其与气象等因素存在紧密的关联。

各种疾病，如传染病、风湿性疾病、呼吸系统及心血管系统疾病的发病，已被认为受天气因素所影响[3-5]。MEES K等[2]与HERBERT I等[6]研究发现某些气象因素影响着突发性耳聋的发病；HERBERT I等[6]发现突发性耳聋在低气压时发病人数较多，尤其在稳定的高气压后的一个强低气压情况下易发病。本研究结果表明，突发性耳聋发病人数与秋季平均气压呈显著负相关（$r=-0.705$，$P<0.01$），即平均气压越小病例数越多。针对该结果，分析原因发现其有可能是因为随着大气压的下降导致氧分压下降，人体肺泡和大气氧分压之间的差值变小，最终导致血液携氧、肺泡气体交换以及结合氧在组织中的释放速度受到一定的影响。因此机体表现出缺氧症状，内耳缺氧受损，引发突发性耳聋[7-9]。

有研究发现，气温的季节性变化对呼吸系统疾病以及循环系统疾病导致死亡有较大的关联，尤其是对老年患者而言，影响更为显著[10]。WU C S等[11]研究了1998—2002年天气对患者突发性耳聋的影响，结果显示，突发性耳聋发病与气象因素存在明显的关联，其中秋季属于高发病期。本通过研究1397例突发性耳聋患者发病的季节、年份、月份，结果表明近7年发病人数基本呈逐年上升趋势，2014—2017年增长较2011—2013年明显；发病人数夏季>秋季>春季>冬季，夏季(6—8月)病例最多，共406人，占29.1%；6月、8月、11月突发性耳聋发病人数最多，1—3月发病人数最少。中山市地处低纬度，全境位于北回归线以南，又濒临南海，属南亚热带季风气候，气候温暖，光照充足，雨量充沛，四季分明；夏季持续高温，平均气温>28.6℃，其中8月平均气温均超过30 ℃。造成夏季发病人数最多的原因可能与人们所处的室内外温差较大有关，空调房间内与室外的温差较大，造成人体体内平衡调节系统功能紊乱，引起交感、副交感神经功能紊乱，出现内耳血管痉挛、微血管栓塞而导致该病的发生[12]。

当前全球环境日渐变暖，以中国为例，近100年我国的平均地表温度出现了显著上升，其上升幅度高于同期全球升温幅度。而在近30年，我国的经济获得了快速的发展，与此同时，大气污染和环境污染等问题也越趋严重，最典型的就是

表 1　2011—2018 年突发性耳聋四季病例数及中山市气象因素均值

季节	例数	平均气温(℃)	最高气温(℃)	最低气温(℃)	相对湿度(%)	平均气压(hPa)	降水量(mm)	平均风力(m/s)	日照时数(h)	日照百分数(%)	平均水汽压(hPa)
春	316	22.619	26.304	20.028	80.333	1008.680	201.095	1.976	112.904	28.904	22.523
夏	406	28.666	32.585	25.857	78.761	1001.428	275.804	2.052	216.138	53.380	30.538
秋	374	24.561	28.376	21.795	73.952	1009.161	118.142	1.780	173.395	49.190	22.990
冬	301	15.061	19.047	12.347	72.857	1015.771	63.671	1.809	118.009	35.619	14.266

温室效应的加剧,这有可能是导致突发性耳聋病人急剧上升的原因之一[13]。近年来中山市气温呈现上升趋势,而我院突发性耳聋患者住院人数近7年也逐年增多。通过对2011—2018年突发性耳聋发病人数与10项气象因素的相关分析,发现高气温相对更容易发生突发性耳聋,这和文献报道[11,14-15]的结论一致。高气温相对更容易发生突发性耳聋,推测其原因可能为气温直接刺激人体中枢神经,影响人体的新陈代谢,当变温较大,其超过了人体的适应能力和抵抗能力,会促使自主神经功能发生紊乱,进而导致血管发生痉挛,组织出现缺氧,进一步引起患者局部血流变慢,进而内耳因为缺血和缺氧而受到损伤[16]。除此之外,高温会促使人汗液的增加,其血液黏度上升,进而血流变慢发生淤滞,影响患者内耳循环而发病[17]。

综上所述,突发性耳聋发病有季节性,以夏季及秋季高发,其中8月、11月为发病高峰,发病人数呈逐年上升趋势,平均气温、平均最高气温、降水量、平均气压可能对突发性耳聋的发病有一定的影响,但该结论与部分文献报道的研究结论不一致[18-19],可能与研究地域不同、病例局限于住院患者、气象因素选择不一致等因素有关。为了更好地阐明气象因素对突发性耳聋发病的影响,需要对该地区突发性耳聋病例进行前瞻性和多中心研究。

参考文献

[1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会.突发性聋诊断和治疗指南(2015)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,50(6):443-447.

[2] MEES K, RUHENSTROTH-BAUER G, SANDHAGEN R, et al. Idiopathic hearing loss-dependent on the weather?[J]. Laryngol Rhinol Otol (Stuttg),1987,66(5):246-248.

[3] ARBER N, VATURI M, SCHAPIRO J M, et al. Effect of weather conditions on acute gouty arthritis[J].Scand J Rheumatol,1994,23(1):22-24.

[4] LOWEN A C, MUBAREKA S, STEEL J, et al. Influenza virus transmission is dependent on relative humidity and temperature [J].PLoS Pathog,2007,3(10):1470-1476.

[5] MEERHOFF T J, PAGET J W, KIMPEN J L, et al. Variation of respiratory syncytial virus and the relation with meteorological factors in different winter seasons [J]. Pediatr Infect Dis J,2009,28(10):860-866.

[6] HERBERT I, NOLTE E, EICHHORN T. Weather status and incidence of idiopathic facial nerve paralyses, vestibular disorders, Menière's attacks and sudden deafness [J]. Laryngol Rhinol Otol (Stuttg),1987,66(5):249-250.

[7] MOHR L C. Hypoxia during air travel in adults with pulmonary disease[J].Am J Med Sci,2008,335(1):71-79.

[8] CAI Q C, LU J, XU Q F, et al. Influence of meteorological factors and air pollution on the outbreak of severe acute respiratory syndrome[J].Public Health,2007,121(4):258-265.

[9] LIN H C, LEE H C, CHAO P Z, et al. The Effects of Weather on the Incidence of Sudden Sensorineural Hearing Loss: A 5-Year Population-Based Study[J]. Audiology and Neurotology,2006,11(3):165-171.

[10] YAN Y Y. The influence of weather on human mortality in Hong Kong[J].Soc Sci Med,2000,50(3):419-427.

[11] WU C S, LIN H C, CHAO P Z. Sudden sensorineural hearing loss: evidence from Taiwan[J].Audiol Neurootol,2006,11(3):151-156.

[12] RYU I Y, PARK S H, PARK E B, et al. Factors Prognostic of Season-Associated Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Retrospective Observational Study[J].J Audiol Otol,2017,21(1):44-48.

[13] 张晓彤,曾文娟,田鹏,等.突发性聋发病与天气和天体变化的关系[J].中华耳科学杂志,2010,8(4):446-450.

[14] 吴净芳.突发性聋与气象因素关系的分析[D].合肥:安徽医科大学,2008.

[15] 冯雯,李可军,张晓彤.天文因素和气候对突发性聋发病的影响[J].西安交通大学学报(医学版),2013,34(1):130-132,139.

[16] WOLFOVITZ E, LEVY Y, BROOK J G. Sudden deafness in a patient with temporal arteritis [J].J Rheumatol,1987,14(2):384-385.

[17] 张庆泉,姜仁起,吴洪宝.突发性聋患者发病时间节律分析[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2000,35(1):9.

[18] SEO J H, JEON E J, PARKY S, et al. Meteorological conditions related to the onset of idiopathic sudden sensorineural hearing loss[J].Yonsei Med J,2014,55(6):1678-1682.

[19] HATO N, HYODO J, TAKEDA S, et al. Local hypothermia in the treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss [J].Auris Nasus Larynx,2010,37(5):630.

(收稿日期:2019-01-25 编辑:蒋凯彪)

继 承 传 统 开 拓 创 新

引用:李雪冰,荀春铮.儿童肺炎支原体感染后咳嗽发作时辰、病程分布特征及其与中医证型的相关性[J].中医药导报,2019,25(24):57-58,63.

儿童肺炎支原体感染后咳嗽发作时辰、病程分布特征及其与中医证型的相关性*

李雪冰[1],荀春铮[2]

(1.浏阳市妇幼保健院,湖南　浏阳　410300;
2.湖南中医药大学第一附属医院,湖南　长沙　410007)

[摘要]　目的:对儿童肺炎支原体感染后咳嗽的发作时辰、病程分布特征及其与中医证型的相关性进行研究。方法:收集2016年1月至2017年1月于湖南中医药大学第一附属医院儿科门诊、住院部就诊的肺炎支原体感染后咳嗽患儿150例,对所有患儿的一般资料、咳嗽发作时辰、病程、证型等临床资料进行统计、整理,分析发作时辰、病程分布特征及其与证型的相关性。结果:150例肺炎支原体感染后咳嗽患儿中,病程<4周者129例,病程>4周者21例,差异有统计学意义($P<0.05$)。150例肺炎支原体感染后咳嗽患儿中,咳嗽发作时辰多在卯时、戌时,差异均有统计学意义($P<0.05$)。其中,风寒袭肺证咳嗽多在戌时发作,风热犯肺证咳嗽多发生在戌时、卯时发作。结论:儿童肺炎支原体感染后咳嗽多表现为急性咳嗽,且急性咳嗽多为风热袭肺证,而慢性咳嗽多为肺气亏虚证。同时,咳嗽发作时辰多在卯时、戌时。

[关键词]　肺炎支原体感染;儿童;咳嗽;发作时辰;证型;调查

[中图分类号]　R226　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0057-02

Study on the Distribution Characteristics of Cough Attack Time and Course in Children with Mycoplasma Pneumoniae Infection and Its Correlation with TCM Syndrome Types

LI Xue-bing[1], XUN Chun-zheng[2]

(1.Liuyang Maternal and Child Health Hospital, Liuyang Hunan 410300, China;
2.The First Affiliated Hospital of Hunan Univeristy of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410007, China)

[Abstract]　Objective: To study the distribution characteristics of cough attack time and course after mycoplasma pneumoniae infection in children and its correlation with TCM syndrome types. Methods: From January 2016 to January 2017, 150 children of cough with mycoplasma pneumoniae infection were collected from the pediatric outpatient department and inpatient department of The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese medicine. The general data, cough attack time, course of disease, syndrome type and other clinical data of all children were statistically analyzed, and the distribution characteristics of attack time, course of disease and its correlation with syndrome type were analyzed. Results: Among 150 children with cough after mycoplasma pneumoniae infection, 129 cases had a course of less than 4 weeks, 21 cases had a course of more than 4 weeks, the difference was statistically significant ($P<0.05$). Among the 150 children with cough after mycoplasma pneumoniae infection, the time of cough attack was mostly in Maoshi and Xushi, the difference was statistically significant ($P<0.05$). Among them, the cough of the syndrome of wind cold attacking the lung often occurs at the time of Xushi, while the cough of the syndrome of wind heat attacking the lung often occurs at the time of Xushi and Maoshi. Coclusion: The cough of children with mycoplasma pneumoniae infection is mostly acute cough, and the acute cough is mainly wind heat attacking lung syndrome, while the chronic cough is mostly deficiency of lung qi syndrome. At the same time, most of the coughs occurred in Maoshi and Xushi.

[Keywords]　mycoplasma pneumoniae infection; children; cough; attack time; syndrome type; investigation

*基金项目:湖南中医药大学2015年度青年教师科研基金

通讯作者:荀春铮,E-mail:512438018@qq.com

临床上关于咳嗽与发作时辰的研究并不少见[1-2]，但研究多局限于慢性咳嗽，并且未对特殊病原体进行研究。众所周知，肺炎支原体是儿童咳嗽的常见病原体，其感染后患儿常出现发热、咳嗽等临床表现。本研究在前期研究[3]的基础上进一步检验前期调查结果，探讨儿童肺炎支原体感染后咳嗽的发作时辰、病程的分布特征及其与中医证型的相关性，以指导临床更好的诊断、辨证及治疗。现将该研究报告如下。

1　资料与方法

1.1　诊断标准

1.1.1　西医诊断标准　参照《诸福棠实用儿科学》[4]中“支气管炎（急性支气管炎、慢性支气管炎）”相关标准拟定，符合以下条件：（1）主要临床表现为咳嗽、咯痰和（或）无痰；（2）辅助检查显示血肺炎支原体IgM抗体阳性（MP-IgM≥1:80），X线诊断排除支原体肺炎。

1.1.2　中医辨证标准　参照《中医病证诊断疗效标准》[5]及《中医儿科学》[6]中“咳嗽”相关辨证标准，将儿童肺炎支原体感染后咳嗽辨为6个证型：风寒袭肺证、风热犯肺证、痰热壅肺证、痰湿蕴肺证、肺气亏虚证、肺阴亏虚证。（1）风寒袭肺证：咳嗽，痰稀色白，鼻塞流清涕，或伴恶寒，无汗，咽部不红；苔薄白，脉浮紧。（2）风热犯肺证：咳嗽，痰黄而稠，鼻塞，流浊涕，发热恶风，咽红而肿，舌尖红，苔薄白或微黄，脉浮数。（3）痰热壅肺证：咳嗽，痰黄白黏稠，咯吐不爽，咳时面赤唇红，或伴发热口渴，咽喉痛，舌质红，苔黄腻，脉滑数。（4）痰湿蕴肺证：咳嗽，痰多色白如泡沫，咳时喉有痰声，或呼吸气粗，多下午发热，苔白腻，脉滑。（5）肺气亏虚证：咳声无力，痰白清稀，面色淡白，体弱多汗，易于感冒。舌淡，脉无力。（6）肺阴亏虚证：干咳无痰，或痰少而黏，不易咯出，口渴咽干，咳声嘶哑，手足心热，舌红苔少，脉细数。

1.2　纳入标准　（1）符合上述西医诊断标准、中医辨证标准者；（2）年龄6个月至14岁；（3）临床诊疗资料完整者；（4）病程不限，包括急慢性咳嗽，其中病程<4周者为急性咳嗽，病程>4周者为慢性咳嗽。

1.3　排除标准　（1）不符合上述西医诊断标准及中医证型标准者；（2）年龄<6个月或>14岁；（3）非因肺炎支原体感染引起的咳嗽者；（4）伴有其他系统的原发性疾病者；（5）由肺炎支原体感染引起的单纯性发热、扁桃体炎等无咳嗽症状的其他疾病患者。

1.4　病例来源　2016年1月至2017年1月收集在湖南中医药大学第一附属医院儿科门诊、住院部就诊的肺炎支原体感染后咳嗽患儿150例。

1.5　调查指标　（1）一般资料：姓名、性别、年龄、初诊时病程等。（2）临床症状和体征：咳嗽发作时间、规律，肺部听诊情况，咳嗽性质，咯痰色质，恶寒发热，流涕，面色，汗，大小便，口渴，精神，纳寐，舌质，舌苔，脉象，指纹等。（3）既往资料：既往体质、患病情况，如既往是否有长期咳嗽病史。

1.6　证型确定　为确保辨证的准确性，每一例患儿的辨证均由2名儿科临床医师分别完成，当判定证型为同一证型时，辨证成立。若两人辨证不同，则重新对患儿病例资料进行分析评估，通过商议解决；若仍有不同意见，则请示另一名副主任/主任医师裁定最终证型。

1.7　统计学方法　采用SPSS 19.0进行数据统计分析，同一样本内两组或多组构成比的比较用χ^2检验，双向无序$R\times C$表资料的独立性检验用*Pearson* χ^2检验，无序、多分类变量相关性检验用*Logistic*回归分析。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2　结　果

2.1　基本资料　150例肺炎支原体感染后咳嗽患儿中，男72例，女78例；年龄最大者13岁，最小者6个月，平均（6.24±2.15）岁；病程最长者45 d，最短者4 d，平均（9.48±3.89）d。

2.2　证型分布　150例肺炎支原体感染后咳嗽患儿以风热犯肺证多见，其次为风寒袭肺证、肺气亏虚证，差异有统计学意义（$P<0.05$）。（见表1）

表1　小儿肺炎支原体感染后咳嗽证型分布情况　（例）

证型	例数	构成比（%）
风寒袭肺	27	18.00
风热犯肺	92	61.30
痰热壅肺	3	2.50
痰湿蕴肺	5	3.33
肺阴亏虚	4	2.66
肺气亏虚	19	12.66
合计	150	100.00

2.3　病程与证型的相关性分析　150例肺炎支原体感染后咳嗽患儿中，病程<4周者129例，病程>4周者21例，差异有统计学意义（$P<0.05$），说明肺炎支原体感染后咳嗽多表现为急性咳嗽。与证型的关系显示：急性咳嗽多为风热袭肺证，而慢性咳嗽多为肺气亏虚证。（见表2）

表2　小儿肺炎支原体感染后咳嗽证型与病程相关性　（例）

证型	病程<4周	病程>4周
风寒袭肺	27	0
风热犯肺	92	0
痰热壅肺	3	0
痰湿蕴肺	4	1
肺阴亏虚	1	3
肺气亏虚	2	17
合计	129	21

2.4　咳嗽发作时辰与证型的相关性分析　150例肺炎支原体感染后咳嗽患儿中，咳嗽发作时辰多在卯时、戌时，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。其中，风寒袭肺证咳嗽多在戌时发作，风热犯肺证咳嗽多发生在戌时、卯时发作。（见表3）

表3　小儿肺炎支原体感染后咳嗽发作时辰与证型分布　（例）

时辰	风寒袭肺	风热犯肺	痰热壅肺	痰湿蕴肺	肺阴亏虚	肺气亏虚
子	0	0	0	0	1	0
丑	0	0	0	0	0	0
寅	4	1	0	0	0	0
卯	2	27	1	0	0	3
辰	3	2	1	0	0	0
巳	1	2	0	0	1	0
午	1	0	0	0	1	0
未	0	4	0	0	0	0
申	0	0	0	0	0	5
酉	0	0	0	0	0	0
戌	15	35	0	1	0	2
亥	1	3	0	3	1	3
不定时	0	18	1	1	0	6

（下转第63页）

引用:黄远程,潘静琳,朱朝阳,林煜翔,梁怀枫,李培武,刘凤斌.岭南地区慢性萎缩性胃炎用药规律分析[J].中医药导报,2019,25(24):59-63.

规 律

岭南地区慢性萎缩性胃炎用药规律分析*

黄远程[1],潘静琳[1],朱朝阳[1],林煜翔[1],梁怀枫[1],李培武[2],刘凤斌[2]
(1.广州中医药大学第一临床医学院,广东 广州 510006;
2.广州中医药大学第一附属医院,广东 广州 510405)

[摘要] 目的:探讨岭南地区慢性萎缩性胃炎(chronic atrophy gastritis, CAG)用药规律,为岭南地区该病的地域化、规范化治疗提供依据与方向,以提高治疗的有效率。方法:全面检索中国生物医学数据库(CBM)、中国知网数据库(CNKI)、万方数据库和维普数据库(VIP),依据纳入与排除标准,纳入CAG中医临床研究相关文献。收集文献的一般资料、处方用药,以Excel 2016建立数据库,应用中医传承辅助平台(V2.5)进行描述性统计、关联规则分析、复杂系统熵聚类运算,分析全国(除岭南外)与岭南地区CAG核心用药及组方规律,并比较两者的差异。结果:一共纳入中药处方1177个,其中岭南地区185个。全国中药处方共包含中药376味,药物出现频率≥10%的中药共35味。岭南地区中药处方共包含中药180味,药物出现频率≥10%的中药共34味。经过关联规则分析,在支持度为10%、15%、20%,置信度为0.6的条件下,全国(除岭南外)中药处方的核心用药组合分别为133、44、20个,药物间关联规则分别为119、42、17条;岭南地区中药处方的核心用药组合分别为187、60、24个,药物间关联规则分别为261、72、27条。岭南地区中药处方基于复杂熵聚类及改进的互信息法得到14个核心药物组合与7首新处方。结论:CAG核心病机为以脾气虚为本,气滞、瘀阻、阴虚、热毒为标,用药以益气健脾类、理气和胃类、活血化瘀类、养阴益胃类、清热解毒类药物为主。在岭南地区CAG脾气亏虚与瘀血阻络更为显著,需更加注重使用益气健脾类与活血化瘀类药物。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;岭南地区;中医传承辅助平台;用药规律;数据挖掘
[中图分类号] R256.32 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2019)24-0059-05

Analysis on Composition Principles of Prescriptions for Chronic Atrophic Gastritis in Lingnan Area

HUANG Yuan-cheng[1], PAN Jing-lin[1], ZHU Chao-yang[1], LIN Yu-xiang[1], LIANG Huai-feng[1], LI Pei-wu[2], LIU Feng-bin[2]
(1.The First Clinical Medical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510006, China; 2.The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510405, China)

[Abstract] Objective: To understand the rules of core medication and characteristic prescription of chronic atrophic gastritis (CAG) in Lingnan area, which could provide the identified therapeutic direction and evidence for clinician in Lingnan area to improve the effectiveness of treatment. Methods: By searching Chinese Biomedical database (CBM), CNKI, Wanfang and VIP database, the clinical treatment studies on CAG were enrolled based on inclusion and exclusion criteria. The basic information and TCM prescription from these literature were collected by Microsoft EXCEL 2016, and were analyzed through Traditional Chinese Medicine (TCM) Inheritance Support Platform (V2.5) by descriptive statistics, association rules algorithm and complex system entropy clustering method. Results: A total of 1177 prescriptions were enrolled, and 185 prescriptions were from Lingnan area. The prescriptions in the country contained 376 herbs while in Lingnan area were 180, and the frequency of 35 were over 10% in the country while in Lingnan area were 34. Under the condition of 10%, 15%, 20% and 0.6 confidence, analyzed by association rules, the core drug combinations were 133, 44 and 20 in the country while were 187, 60, 24 in Lingnan area. The association rules between drugs were 119, 42 and 17 in the country

*基金项目:广东省自然科学基金项目(粤科规财字[2017]105号);广东省中医药局中医师承项目(粤中医函[2015]93号)
通讯作者:刘凤斌,E-mail:liufb163@163.com

while were 261, 72, 27 in Lingnan area. Respectively 14 inner core drug combination and 7 new prescriptions were obtained from the analysis of complex entropy clustering and improved mutual information. Conclusions: This research initially reflected the core pathogenesis of CAG are the deficiency of spleen qi as well as the stagnation of stomach qi, stasis, heat toxicity and the deficiency of yin. The treatment mainly bases on the drug of invigorating spleen and replenishing qi, regulating qi-flowing for harmonizing stomach, promoting blood circulation for removing blood stasis, nourishing yin for benefiting stomach, clearing heat and removing toxicity and so on. In Lingnan area, the core pathogenesis of CAG in spleen deficiency and blood stasis are more significant, and more attention should be paid to the use of the drug of invigorating spleen and replenishing qi and promoting blood circulation for removing blood stasis.

[Keywords] chronic atrophic gastritis; Lingnan area; TCM inheritance support system; composition principles; data mining

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastistis,CAG)是以胃黏膜固有腺体萎缩为基础的慢性炎症性疾病,其发生可能与幽门螺杆菌感染、胆汁反流、免疫、饮食等因素相关,可伴发有胃黏膜肠上皮化生、上皮内瘤变。其中,CAG伴中、重度上皮内瘤变或中、重度不完全肠化则为癌前病变。目前现代医学以根除幽门螺杆菌、促动力药、补充叶酸及维生素B_{12}、制酸药、黏膜保护剂等作为主要治疗手段,但其对症状的缓解及阻止黏膜病变进展的效果并不理想[1-2]。然而,多项系统评价表明,中医药对于缓解该病的症状有较好的效果,而且能在一定程度上延缓甚至逆转胃黏膜病变[3-5]。

辨证论治是中医学的核心内容,因地制宜是辨证论治过程中的重要原则。岭南地区位于中国南部,包括广东、广西、海南、香港、澳门五区,北靠南岭,南临南海,绝大部分属于亚热带季风气候,气候炎热,雨水充沛[6],河川密布,林木丰茂,盛产众多药用植物[7],其人常乘凉饮冷,喜食鱼虾、瓜果、内脏等物[8]。岭南地区地理特征、气候环境、饮食习惯、人群体质、道地药材等与内陆省份有较大差异。因此,针对其独特的自然与人文环境实施治疗,是该地区辨证论治提高疗效的前提和关键。本文通过文献数据挖掘的方法,对全国和岭南地区CAG用药规律及差异进行探讨,希望为岭南地区该病的地域化、规范化治疗提供依据与方向,以提高治疗的有效率。

1 研究方法

1.1 文献检索 计算机检索中国知网全文数据库(CNKI)、中国生物医学文献数据(CBM)、重庆维普中文期刊数据库(CQVIP)、万方数据库。检索时间:从数据库建立至2018年11月。检索策略:采用专业检索,纳入符合以下2个检索条件的文献。(1)主题含慢性萎缩性胃炎;(2)主题含中医药,或中医,或中药。

1.2 纳入标准 (1)中医药或中西医结合治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究、名老中医经验等;(2)文献所涉及的病例须经病理诊断确诊为CAG、CAG伴有肠上皮化生或CAG低级别上皮内瘤变;(3)文献所涉及的病例应用学会标准或行业标准、国家标准证明中医药或中西医结合治疗有效(总体有效率>60%);(4)文献中所涉及的中药处方须方药组成、用法用量均明确;(5)每篇文献中所涉及病例数≥20例。

1.3 排除标准 文献综述、个别病案报道、动物实验等文献;文献所涉及的病例胃黏膜病变已进展为早期胃癌的或除CAG外有合并其他消化系统疾病的文献;文献所涉及的病例中医药或中西医结合治疗无效的文献;文献所涉及的病例或资料来源不清,与临床实际情况明显不符者。

1.4 文献筛选 将各库所检索的文献导入NoteExpress 3.2,根据文献标题及第一作者进行合库查重,相同文献按1篇录入,其后对每一篇文献的标题、摘要进行浏览,排除不符合标准的文献,保留符合标准和暂时不确定的文献。对初筛剩余的文献进行全文下载及阅读,对于同一批研究对象从不同角度分析或不同手段干预的按1篇录入,按照纳入与排除标准,最后确定纳入的文献。以上文献筛选由两位研究者独立完成,完成后相互核对,如有不能确定的,由第三者参与协商决定。

1.5 文献数据录入与规范 (1)以Excel 2016建立全国数据库与岭南地区数据库,收集所纳入文献的第一作者、中药处方(药物组成、药物用量)。(2)参照《中华人民共和国药典》(2015年版)[9]对文献中所涉及的中药名称进行规范,使得药材相同但炮制方法或原产地不同的药物名称统一,如"法半夏""姜半夏"均统称为"半夏","川连""新会陈皮"均统称为"黄连""陈皮"。以上数据录入由两位研究者独立完成,经第三者进行二次核对。(注:岭南地区为其文献进行临床研究的单位所在地区为广东、广西、海南、香港、澳门,全国文献为除外岭南地区文献的其他地区文献的总和。)

1.6 统计分析 将全国数据库与岭南地区数据库分别导入中医传承辅助平台(V2.5),运用平台中"数据分析"模块中"方剂分析"功能,对数据库中的中药处方进行药物频次统计、药物间关联规则分析、复杂系统熵聚类分析,并对全国(除岭南外)与岭南地区CAG用药规律进行比较分析。

2 结 果

2.1 文献检索结果和基本情况 各数据库检索文献数分别为CNKI 2913篇,万方数据库4188篇,维普数据库1199篇,CBM 3162篇,一共11,462篇。经合库查重剩余7685篇,进行初筛及全文阅读后最终纳入1177篇,其中来自岭南地区的有185篇,包括广东123篇,广西62篇。

2.2 药物频次分布 全国文献(除岭南外)所涉及的992个中

药处方经规范后共包含中药376味，进行药物描述性统计，其中药物频次≥99次，即药物出现频率≥10%的中药共35味。岭南地区文献所涉及的185个中药处方经规范后包含中药180味，进行药物描述性统计，其中药物频次≥19次，即药物出现频率≥10%的中药共34味。（见表1）

根据《中药学》[10]对文献所涉及的药物其中出现频率≥10%的中药进行药物归类，归类为补气药（甘草、党参、白术、黄芪等）、理气药（陈皮、柴胡、香附等）、清热药（黄连、黄芩、蒲公英等）、活血化瘀药（丹参、莪术、延胡索等）、祛湿药（茯苓、薏苡仁、砂仁等）等，并统计每一类药物频次总和占所有药物总频次的构成比，结果见图1。

表 1　全国文献、岭南地区中药处方中出现频率≥10%的中药

全国（除岭南外）				岭南地区			
序号	中药名称	频次	频率(%)	序号	中药名称	频次	频率(%)
1	甘草	598	60.28	1	甘草	142	76.76
2	白术	511	51.51	2	黄芪	99	53.51
3	白芍	460	46.37	3	白术	99	53.51
4	丹参	405	40.83	4	党参	94	50.81
5	黄芪	395	39.82	5	白芍	87	47.03
6	党参	393	39.62	6	丹参	79	42.70
7	茯苓	353	35.58	7	茯苓	72	38.92
8	半夏	285	28.73	8	半夏	63	34.05
9	莪术	270	27.22	9	三七	56	30.27
10	陈皮	266	26.81	10	莪术	53	28.65
11	黄连	261	26.31	11	陈皮	45	24.32
12	蒲公英	216	21.77	12	白花蛇舌草	45	24.32
13	白花蛇舌草	213	21.47	13	延胡索	45	24.32
14	枳壳	211	21.27	14	砂仁	44	23.78
15	当归	209	21.07	15	当归	44	23.78
16	砂仁	201	20.26	16	枳壳	43	23.24
17	柴胡	190	19.15	17	鸡内金	42	22.70
18	三七	173	17.44	18	黄连	39	21.08
19	延胡索	166	16.73	19	蒲公英	38	20.54
20	木香	153	15.42	20	木香	33	17.84
21	山楂	152	15.32	21	石斛	31	16.76
22	黄芩	143	14.42	22	麦冬	30	16.22
23	佛手	140	14.11	23	太子参	29	15.68
24	鸡内金	139	14.01	24	山楂	28	15.14
25	乌梅	132	13.31	25	柴胡	27	14.59
26	麦冬	129	13.00	26	枳实	27	14.59
27	薏苡仁	129	13.00	27	干姜	23	12.43
28	厚朴	128	12.90	28	北沙参	23	12.43
29	香附	126	12.70	29	大枣	22	11.89
30	麦芽	123	12.40	30	厚朴	21	11.35
31	太子参	117	11.79	31	山药	20	10.81
32	山药	106	10.69	32	半枝莲	19	10.27
33	石斛	105	10.58	33	香附	19	10.27
34	北沙参	104	10.48	34	三棱	19	10.27
35	干姜	99	9.98				

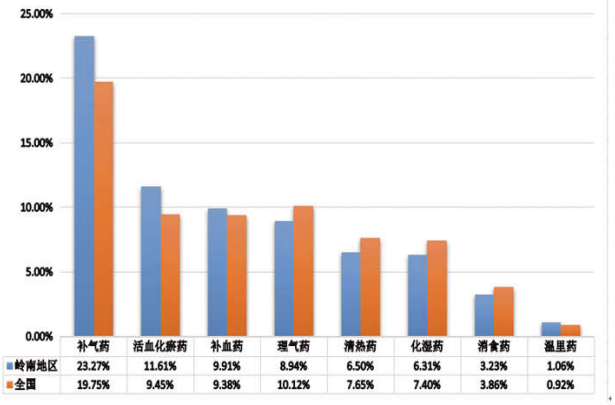


图 1　全国文献、岭南地区中药处方中出现频率≥10%的中药用药频率构成比分布图

2.3　基于关联规则的核心用药组合规律分析　应用中医传承辅助平台“方剂分析”中的“组方分析”模块，运用关联规则分析进行挖掘核心用药的显性规律。支持度表示为该药物组合出现的频次至少占方剂总数的百分比，根据Apriori算法，当支持度为10%时，能较为全面展示药物组合的使用情况，支持度上升至20%时，能较为清晰地显示核心用药组合。分别选取支持度为10%、15%、20%及置信度为0.6的药物组合分析全国和岭南地区CAG核心药物组合规律。经过关联规则分析，在支持度为10%、15%、20%，置信度为0.6的条件下，全国中药处方的核心用药组合分别为133、44、20个，药物间关联规则分别为119、42、17条，岭南地区中药处方的核心用药组合分别为187、60、24个，药物间关联规则分别为261、72、27条。（见图2~3）

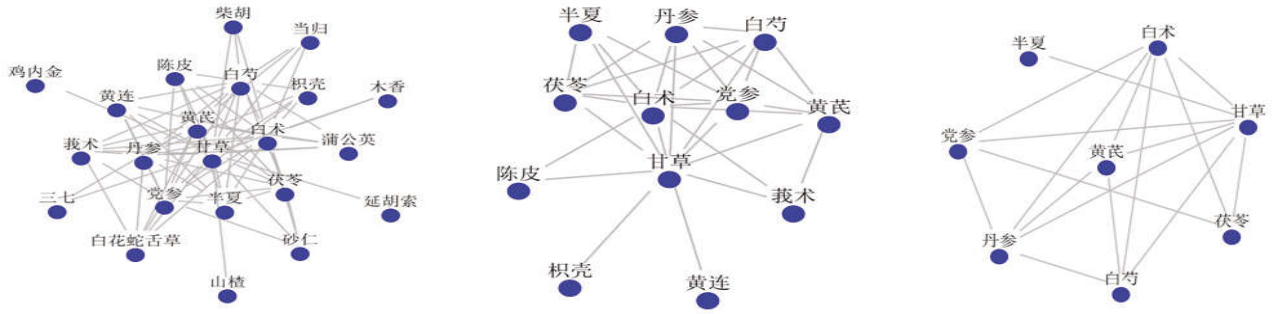
2.4　基于复杂熵聚类及改进的互信息法的药物组合规律分析　应用复杂系统熵聚类及改进的互信息法方法，结合经验判断和不同参数提取数据的解读，设置相关度为8，惩罚度为2，对岭南地区185个中药处方中的药物间的隐性规律进行数据挖掘，得到14个核心药物组合与7首新处方。（见表2~3）

表 2　基于复杂系统熵聚类的药物核心组合

序号	核心组合	序号	核心组合
1	木香—党参—太子参	8	木香—党参—茯苓—白术
2	白芍—柴胡—太子参	9	白芍—莪术—白花蛇舌草—三棱
3	珍珠—山茱萸—鸡骨草	10	珍珠—山茱萸—芡实
4	砂仁—陈皮—茯苓	11	砂仁—陈皮—半枝莲
5	黄芪—半夏—干姜	12	莪术—黄芪—白花蛇舌草—三七
6	乌药—香附—百合	13	百合—黄精—杜仲
7	蒲黄—延胡索—五灵脂—鳖甲	14	蒲黄—五灵脂—檀香—紫苏

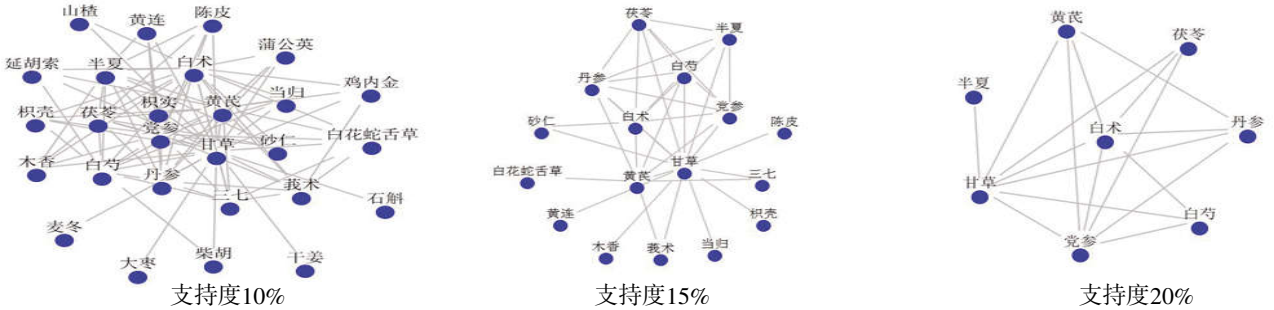
表 3　基于复杂系统熵聚类的候选新方

序号	候选新方
1	木香-党参-太子参-茯苓-白术
2	白芍-柴胡-太子参-莪术-白花蛇舌草-三棱
3	珍珠-山茱萸-鸡骨草-芡实
4	砂仁-陈皮-茯苓-半枝莲
5	黄芪-半夏-干姜-莪术-白花蛇舌草-三七
6	乌药-香附-百合-黄精-杜仲
7	蒲黄-延胡索-五灵脂-鳖甲-檀香-紫苏



支持度10%　支持度15%　支持度20%

图2　不同支持度下全国中药处方中药关联规则分析网络图(置信度≥0.6)



支持度10%　支持度15%　支持度20%

图3　不同支持度下岭南地区中药处方中药关联规则分析网络图(置信度≥0.6)

3　讨　论

《素问·宝命全形论篇》曰:“人以天地之气生,四时之法成。”岭南地区具有独特的气候地理环境和饮食生活习惯,在疾病的发生发展过程中有着重要的影响。慢性萎缩性胃炎是中医优势病种,但是在实际临床辨证论治中,受不同地区气候环境、人群体质的影响,其病因病机复杂、证候类型繁多,不同医家组方立法各异、用药不一,难以进行规范化地辨证治疗,不能保证治疗有效性。

本研究应用中医传承辅助平台进行描述性统计、关联规则分析、复杂系统熵聚类运算,分析全国与岭南地区CAG核心用药及组方规律,并比较两者的差异,得出岭南地区CAG核心用药、组方规律特点,为地域化特色规范治疗提供依据和方向,提高治疗的有效率。

通过药物频次分析,本研究得出全国地区与岭南地区使用频次较高的药物种类为健脾益气药,其次为理气和胃药、活血化瘀药、清热解毒药、养阴益胃药。健脾益气药常见为甘草、黄芪、白术、党参、太子参;理气和胃药常见为陈皮、枳壳、木香、柴胡、香附;活血化瘀药常见为丹参、三七、莪术、延胡索;清热解毒药常见为白花蛇舌草、黄连、蒲公英;养阴益胃药常见为白芍、当归、石斛、麦冬、北沙参。在岭南地区,与全国相比,健脾益气药、活血化瘀药使用频次更高。其中,岭南地区在健脾益气药更多用大枣调和诸药,缓和药性,在活血化瘀药中更多用三棱活血逐瘀通络,在清热药中更多用半枝莲清热利湿。岭南地区亦有许多特色的道地药材可用于CAG治疗,例如五指毛桃、布渣叶、救必应、鸡骨草、扶芳藤等,但相对应用仍较少。

应用进一步的关联规则算法,对药物核心组合进行分析,挖掘其中核心用药的显性规律。当支持度为10%时,其用药包括益气健脾药(黄芪、白术等)、养阴益胃药(白芍)、活血化瘀药(丹参、莪术、三七、延胡索等)、理气和胃药(半夏、陈皮等)、清热解毒药(蒲公英、白花蛇舌草、黄连)、消食和胃药(鸡内金)。在岭南地区,与全国相比,更包括温里药(干姜)、益气健脾药(大枣)、养阴益胃药(石斛、麦冬)。在支持度为15%时,全国与岭南地区药物核心组合进一步突显,以益气健脾药、活血化瘀药、理气和胃药为主。在岭南地区,与全国相比,更加增多了活血化瘀药(三七、当归)、理气和胃药(木香、砂仁)及清热解毒药(白花蛇舌草)。当支持度为20%时,全国与岭南地区核心用药均为黄芪、党参、白术、茯苓、半夏、丹参、甘草,证明CAG核心病机为脾虚胃滞瘀阻,在不同地区辨证论治均需抓住此纲领。

应用复杂系统熵聚类及改进的互信息法,得到14个核心药物组合和7首治疗CAG候选新方。14个核心药物组合可反映岭南地区治疗CAG的用药特点,如核心组合1(木香-党参-太子参)、核心组合8(木香-党参-茯苓-白术)突出了健脾益气的治法;核心组合9(白芍-莪术-白花蛇舌草-三棱)、核心组合12(莪术-黄芪-白花蛇舌草-三七)、核心组合7(蒲黄-延胡索-五灵脂-鳖甲)、核心组合14(蒲黄-五灵脂-檀香-紫苏)则集中使用了莪术、三棱、延胡索、蒲黄、五灵脂、三七等活血药物,提示活血化瘀是岭南地区治疗CAG的又一用药特点。因此,候选新方也较好地反映了岭南地区注重益气健脾、活血化瘀的治疗特点,如候选处方1“木香-党参-太子参-茯苓-白术”,药物组成类似香砂六君子汤,主以健脾益气,候选处方5“黄芪-半夏-干姜-莪术-白花蛇舌草-三七”,在黄芪健脾益气的基础上,主以活血化瘀,辅以温中行气,清热解毒。

清代岭南医家何梦瑶在《医碥》中说:“岭南地卑土薄,土薄则阳气易泄,人居其地,腠理汗生,气多上壅。地卑则潮湿特盛,晨夕昏雾,春夏淫雨,人多中湿。”岭南地区常年气候炎热、湿邪为患,并且其人嗜食河鲜、海鲜、内脏,所以临床中湿

热内蕴患者多见，若一味以清热祛湿为治疗大法，脾胃湿热证者得之尚解，而脾胃气虚证、瘀阻胃络证者得之则气愈虚、瘀愈重，此时若用清热祛湿攻伐之品，则使脾胃无生生之气矣。脾胃同属中土，而湿为土之气，湿土之气同类相召，其虽水湿之邪停聚中焦，湿为阴邪，以伤阳耗气为主，终见脾胃气虚之证也，故多用健脾益气之药。岭南国家级名老中医邱健行[11]提出治疗CAG的过程中时刻都应以治疗脾胃虚弱为主线，所谓“百病皆由脾气衰”，常以黄芪、党参、茯苓、白术健脾益气之品为基础。气是推动和调控血液运行的动力，气虚则脉道失于温通而滞涩，加之岭南气候炎热，其人好食内脏，外感火热邪气，体内食积化热，煎灼血中津液，共成血瘀之证，而多用活血化瘀之药。岭南梁氏脾胃病学术流派代表性传承人之一余绍源[12]即认为CAG基本病机为脾胃虚弱，后期因虚致实，气虚无力运血，血停成瘀，其本为虚，其标为瘀。广西名中医李桂贤[13]认为CAG病程缠绵，久病必虚，气虚无力运血，治疗以补脾益气、活血行瘀为要。

参考文献

[1] 房静远，杜弈奇，刘文忠.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学，2017，22(11)：670-687.
[2] 李军祥，陈誼，吕宾，等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志，2018，26(2)：121-131.
[3] 黄宣，吕宾.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的系统评价[J].世界华人消化杂志，2010，18(10)：1056-1062.
[4] 范尧夫，魏睦新.中医药治疗慢性萎缩性胃炎的Meta分析[J].辽宁中医杂志，2013，40(4)：633-637.
[5] 郭红梅，曾韦苹，伊凡，等.中医药治疗慢性萎缩性胃炎随机对照试验的系统评价[J].新疆医科大学学报，2015，38(2)：143-147.
[6] 范家伟.地理环境与疾病——论古代医学对岭南地区疾病的解释[J].中国历史地理论丛，2000(1)：17-30.
[7] 王强，徐国钧.道地药材图典：中南卷[M].福州：福建科学技术出版社，2003.
[8] 朱晓静.岭南饮食文化现状浅析[J].文学教育(上)，2015(7)：135-137.
[9] 国家药典委员会.中华人民共和国药典[M].北京：中国医药科技出版社，2010.
[10] 陈蔚文.中药学[M].北京：中国中医药出版社，2018.
[11] 李紫昕，张伦，邱健行.名老中医邱健行治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].中医临床研究，2014，6(2)：110，112
[12] 林洁民，黄穗平，邝宇香.余绍源教授治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验[J].世界中西医结合杂志，2018，13(6)：782-784，841.
[13] 林才志，何建红，陈漫，等.李桂贤教授治疗慢性萎缩性胃炎的经验[J].广西中医药，2015，38(5)：42-43.

（收稿日期：2019-01-25 编辑：刘国华）

（上接第58页）

3 讨 论

本研究显示，儿童肺炎支原体感染后咳嗽以风热犯肺证多见，咳嗽多为急性咳嗽，病程多小于4周，其发作时辰有一定的集中趋势，风寒袭肺证咳嗽多在戌时发作，风热犯肺证咳嗽多发生在戌时、卯时。与前期研究[3]的结论基本一致。

本研究所收集150例肺炎支原体感染后咳嗽患儿，病程多不超过4周，究其原因可能与以下几点相关：(1)肺炎支原体感染病程有自限性，随着患儿抵抗力的增强，有时能自愈；(2)随着目前检验以及医疗水平的提高，儿童生病多在早期即得到治疗；(3)儿童脏气清灵，易趋康复，故而病情迁延，伤阴、伤气证少见。此亦从侧面反映了为何肺炎支原体感染以风热犯肺以及风寒犯肺证多见。

“时辰”是古人对昼夜的计时方法，有子、丑、寅、卯、辰、巳、午、未、申、酉、戌、亥十二个时辰[7]。每时辰在时钟上都有固定的时刻，每个时辰的交互更迭亦是阴阳的交互更迭。同时十二时辰又对应十二经脉，每条经脉有所主之脏腑。阳气夜伏于内而昼发于外，热为阳邪，阴阳交汇之清晨时分，热邪随患儿阳气而外发，故本病风热犯肺证多为卯时咳嗽；同时卯时气血注入大肠经，大肠与肺相表里，肺为储痰之器，故此时易发咳嗽。戌时为19:00:00—21:00:00，下午为阳中之阴，前半夜为阴中之阴，阴阳交汇时，阴愈旺而阳愈衰，而患儿多于此时睡眠，阴出阳入，与肺内热邪合而发咳。寒为阴邪，下午为阳中之阴，前半夜为阴中之阴，阴阳转化交汇时，阴愈旺而阳愈衰，无以抗寒邪，故风寒袭肺咳嗽多于夜间戌时发作。

本研究在前期研究的基础上进一步扩大了样本量，验证前期结果，同时有助于对于肺炎支原体感染后咳嗽准确诊断、鉴别疾病、判断疾病预后，择时治疗。但本研究收集样本数量有限，未对少见证型的数据进行整合分析，希望后期可开展专证研究，补充不足。

参考文献

[1] 杨溯，刘渊.慢性咳嗽证型与时辰规律的研究[J].云南中医中药杂志，2012，33(3)：7-9.
[2] 莫玲岚，王孟清.从咳嗽时辰规律探讨小儿咳嗽变异性哮喘的证候分布[J].中医儿科杂志，2014，10(6)：11-13.
[3] 荀春铮.王孟清.小儿肺炎支原体感染后咳嗽发作时间与证候相关性初探[J].中国中西医结合儿科学，2016，8(1)：94-96.
[4] 胡亚美，江载芳.诸福棠实用儿科学[M].8版.北京：人民卫生出版社，2015：109.
[5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京：南京大学出版社，1994.
[6] 汪受传.中医儿科学[M].2版.北京：中国中医药出版社，2011：556-557.
[7] 李钰慧，蔡春江.中医十二时辰的应用[J].中国中医药现代远程教育，2015，13(1)：6-7.

（收稿日期：2017-11-20 编辑：罗英姣）

引用:尹嘉,洪曹栋,牛天福.《临证指南医案》血证用药规律分析[J].中医药导报,2019,25(24):64-68.

《临证指南医案》血证用药规律分析

尹　嘉[1],洪曹栋[2],牛天福[1]
(1.山西省中医药研究院,山西　太原　030012;
2.山西中医药大学,山西　太原　030024)

[摘要]　目的:分析《临证指南医案》中血证的处方用药规律。方法:收集《临证指南医案》中血证的中医处方,通过中医传承辅助系统软件构建数据库,采用关联规则Apriori算法和复杂系统熵聚类等方法分析处方中药物和药对组合的使用频次及药物之间的关联规则、处方规律等。结果:纳入处方238条,高频次药物包括茯神、茯苓、生地黄、甘草等;高频次药物组合包括"人参,甘草""熟地黄,五味子""麦冬,茯神""麦冬,生地黄"等;置信度较高的关联规则包括"芡实→熟地黄""芡实,莲子→熟地黄""五味子,茯神→熟地黄"等;新处方包括"韭菜,橘红,白蒺藜,桔梗,瓜蒌""龟甲,黄柏,人中白,淡菜,墨旱莲""白芍,陈皮,白术,木瓜,炮姜"等。结论:叶天士治疗血证的用药广泛而灵活,但仍宗"治火""治气""治血"之道,审证求因,治病求本,理法方药一体,注重五脏的调理,其中以心肝脾为要,兼顾先后天之本,尤重胃阴的顾护。

[关键词]　《临证指南医案》;血证;数据挖掘;用药规律
[中图分类号]　R255.7　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0064-05

《临证指南医案》为清代医家叶天士所撰,其立法精当,立论稳妥,用药简练,是后世医家临证立法组方的重要参考。其对于血证的论治,体现了叶天士的临证思路,在有关血证的诸多病案中,叶天士辨证精确,其组方、用药灵活,化裁经方,师古不泥,十分重视血证的预后调养,强调"恬淡无为,安神静养"或以"薄味静调,戒嗔怒"[1]。叶天士作为清代名医,其用药思想对现代临床治疗血证的用药具有重要的参考意义,因此本研究通过数据挖掘《临证指南医案》中血证的处方用药,并进行深入分析,以期更进一步了解叶天士的学术思想,并为临床用药提供一定的指导。

1　资料与方法

1.1　处方来源与筛选　以叶天士撰写、苏礼等整理的《临证指南医案》(2006年人民卫生出版社出版)[2]为处方来源,录入有关"吐血""衄血""咳血""咯血""呕血""唾血""便血"等医案的处方。纳入与排除标准:(1)汤剂处方,丸、散、膏、丹及外用方均不纳入;(2)复诊的处方一律按新方录入;(3)排除药味组成不明确的处方;(4)主病属其他病证者予以剔除。最终遴选摘录中医处方238首。

1.2　分析软件　采用中国中医科学院中药研究院研发的"中医传承辅助系统(V2.5)"软件。

1.3　处方的录入与核对　将筛选出的处方录入"中医传承辅助平台(V2.5)"中,由2人负责数据的审核,再由第3人核对,以确保数据的录入准确无误。

1.4　处方的规范　药物名称依据《中华人民共和国药典》[3]和《中药学》[4]进行统一规范。(1)中药经过炮制后药效相似者仍用原名,如制半夏统一为半夏,炙甘草统一为甘草。(2)中药入药部位不同功效相似者仍用原名,如紫苏叶、紫苏梗均统一为紫苏;薄荷叶、薄荷梗均统一为薄荷;莲子心,莲子肉均统一为莲子。(3) 对于中药俗名和由于产地不同名称不同者统一用该味中药的正名,如川贝、象贝均统一为贝母,川石斛、霍山石斛均统一为石斛,白沙参、大沙参、南沙参、北沙参均统一为沙参;山栀、黑山栀、山栀皮均统一为栀子。(4)有争议的药物如"桂""桂心",根据医家的考证,将"桂"规范为"桂枝",将"桂心"规范为"肉桂"。

1.5　数据分析

1.5.1　提取数据　在"中医疾病"项中输入"血证",提取出治疗血证的全部处方。

1.5.2　频次统计　分别统计处方中每味药物的频次,将结果按照从大到小排序并导出。

1.5.3　组方规律分析　在支持度≥10%,置信度≥0.9条件下进行用药模式和关联规则[5]分析,按照药物组合出现频次从高到低和药物关联规则置信度由高到低的顺序进行排序,列出高频次药物组合和药物组合关联规则结果;并在支持度为10%,置信度≥0.9条件下进行高频药物组合网络可视化展示。

1.5.4　新方分析　根据研发者的研究证明设置相关度为8,惩罚度为2时可得到最为全面而准确的结果,故按此设置进行聚类分析[6](核心算法包括改进的互信息法和复杂系统熵

通讯作者:牛天福,E-mail:18883365213@163.com

聚类方法),分析获得药物间关联度,并按关联系数由高到低的顺序列出结果,同时运算得核心组合与新处方,实现新处方的网络可视化展示。

2 结　果

2.1　药物频次统计　药物频次统计结果显示频次最高的3味药分别是茯神(71)、茯苓(62)、生地黄(61)。(见表1)

表 1　处方中频次大于 10 的药物统计

序号	中药名称	频次	序号	中药名称	频次	序号	中药名称	频次
1	茯神	71	16	牛膝	27	31	连翘	15
2	茯苓	62	17	白扁豆	26	32	陈皮	15
3	生地黄	61	18	当归	25	33	杏仁	14
4	甘草	59	19	紫苏	25	34	枸杞子	13
5	人参	55	20	桑叶	24	35	地榆	12
6	麦冬	51	21	桃仁	24	36	芡实	12
7	熟地黄	44	22	山药	23	37	白术	11
8	石斛	44	23	阿胶	22	38	贝母	11
9	白芍	37	24	薏苡仁	22	39	淡竹叶	11
10	五味子	34	25	大枣	20	40	山茱萸	10
11	沙参	33	26	玄参	20	41	知母	10
12	牡丹皮	31	27	黄芪	18	42	淡菜	10
13	栀子	29	28	天冬	17	43	天花粉	10
14	降香	28	29	莲子	17	44	柏子仁	10
15	郁金	27	30	丹参	16			

2.2　基于关联规则的组方规律分析

2.2.1　处方中使用频次≥10的药物组合情况　在支持度为10%、置信度设置为0.9的条件下共得到96组药物组合,按照药物组合出现的频次由高到低进行排序。出现频次最高的4个药物组合依次是“人参,甘草”(29次),“熟地黄,五味子”(27次),“麦冬,茯神”(25次);“麦冬,生地黄(25次)”。(见表2)

表 2　处方中频次≥10 的药物组合情况

序号	药物模式	出现频次	序号	药物模式	出现频次	序号	药物模式	出现频次
1	郁金,紫苏	14	18	黄芪,甘草	15	35	生地黄,玄参	17
2	紫苏,茯苓	15	19	郁金,茯苓	10	36	生地黄,牡丹皮	13
3	栀子,紫苏	11	20	栀子,郁金	13	37	生地黄,白芍	10
4	降香,紫苏	21	21	降香,郁金	12	38	阿胶,生地黄	16
5	紫苏,薏苡仁	12	22	石斛,白扁豆	13	39	天冬,生地黄	14
6	桃仁,紫苏	11	23	麦冬,白扁豆	19	40	生地黄,茯神	18
7	甘草,沙参	11	24	白扁豆,茯神	11	41	生地黄,牛膝	11
8	白扁豆,沙参	17	25	降香,茯苓	16	42	石斛,麦冬	21
9	石斛,沙参	12	26	茯苓,薏苡仁	12	43	石斛,茯神	20
10	麦冬,沙参	23	27	牡丹皮,茯苓	10	44	麦冬,阿胶	13
11	沙参,茯神	14	28	人参,茯苓	19	45	麦冬,天冬	10
12	甘草,茯苓	12	29	茯苓,五味子	10	46	麦冬,茯神	25
13	麦冬,甘草	17	30	降香,栀子	11	47	降香,薏苡仁	12
14	甘草,白芍	21	31	栀子,牡丹皮	10	48	降香,牡丹皮	11
15	人参,甘草	29	32	生地黄,丹参	10	49	降香,桃仁	15
16	甘草,茯神	24	33	石斛,生地黄	22	50	牡丹皮,桃仁	11
17	甘草,大枣	14	34	麦冬,生地黄	25	51	人参,白芍	16

续表2:

序号	药物模式	出现频次	序号	药物模式	出现频次	序号	药物模式	出现频次
52	白芍,茯神	14	67	熟地黄,五味子	27	82	人参,甘草,白芍	15
53	阿胶,茯神	14	68	熟地黄,芡实	12	83	人参,甘草,茯神	14
54	人参,茯神	53	69	熟地黄,莲子	13	84	石斛,麦冬,白扁豆	12
55	熟地黄,人参	18	70	山药,五味子	14	85	石斛,麦冬,生地黄	12
56	人参,山药	10	71	芡实,山药	10	86	麦冬,阿胶,生地黄	10
57	人参,五味子	17	72	山药,莲子	11	87	麦冬,生地黄,茯神	10
58	人参,当归	10	73	五味子,莲子	11	88	石斛,麦冬,茯神	12
59	陈皮,人参	10	74	芡实,莲子	11	89	熟地黄,人参,五味子	14
60	天冬,茯神	10	75	降香,郁金,紫苏	11	90	熟地黄,山药,茯神	10
61	熟地黄,茯神	23	76	降香,紫苏,茯苓	13	91	熟地黄,五味子,茯神	16
62	山药,茯神	14	77	降香,紫苏,薏苡仁	11	92	熟地黄,山药,五味子	13
63	五味子,茯神	17	78	降香,桃仁,紫苏	10	93	熟地黄,芡实,山药	10
64	牛膝,茯神	10	79	麦冬,白扁豆,沙参	15	94	熟地黄,山药,莲子	10
65	茯神,莲子	11	80	石斛,麦冬,沙参	11	95	熟地黄,五味子,莲子	10
66	熟地黄,山药	15	81	麦冬,沙参,茯神	13	96	熟地黄,芡实,莲子	11

2.2.2　处方中药物组合关联规则分析情况　在支持度为10%、置信度为0.8的条件下分析使用频次≥10的药物组合的关联规则得到28条规则,并对关联规则进行网络展示。“芡实,熟地黄”“芡实、莲子,熟地黄”药物组合关联规则的置信度高。(见表3、图1)

表 3　使用频次≥10 的药物组合关联规则　(置信度≥0.8)

序号	规则	置信度	序号	规则	置信度
1	紫苏→降香	0.84	15	石斛,沙参→麦冬	0.916,666,667
2	黄芪→甘草	0.833,333,333	16	沙参,茯神→麦冬	0.928,571,429
3	玄参→生地黄	0.85	17	人参,白芍→甘草	0.937,5
4	天冬→生地黄	0.823,529,412	18	石斛,白扁豆→麦冬	0.923,076,923
5	芡实→熟地黄	1	19	人参,五味子→熟地黄	0.823,529,412
6	芡实→山药	0.833,333,333	20	五味子,茯神→熟地黄	0.941,176,471
7	芡实→莲子	0.916,666,667	21	山药,五味子→熟地黄	0.928,571,429
8	降香,郁金→紫苏	0.916,666,667	22	熟地黄,山药→五味子	0.866,666,667
9	紫苏,茯苓→降香	0.866,666,667	23	熟地黄,芡实→山药	0.833,333,333
10	降香,茯苓→紫苏	0.812,5	24	山药,莲子→熟地黄	0.909,090,909
11	紫苏,薏苡仁→降香	0.916,666,667	25	五味子,莲子→熟地黄	0.909,090,909
12	降香,薏苡仁→紫苏	0.916,666,667	26	芡实,莲子→熟地黄	1
13	桃仁,紫苏→降香	0.909,090,909	27	熟地黄,莲子→芡实	0.846,153,846
14	白扁豆,沙参→麦冬	0.882,352,941	28	熟地黄,芡实→莲子	0.916,666,667

2.3　基于熵聚类的组方规律分析

2.3.1　基于改进的互信息法的药物间关联度分析　根据研发者的研究证明设置相关度为8、惩罚度为2时,可得到最为全面而准确的结果,故按此设置进行聚类分析,得到两两药物之间的关联度,将关联系数≥0.020以上的药对进行列表。(见表4)

2.3.2　基于复杂系统聚类的熵核心组合分析　以改进的互信息法的药物间的关联度分析结果为基础,按照相关度与惩罚度的约束,基于复杂系统熵聚类,演化出核心组合9组。(见表5)

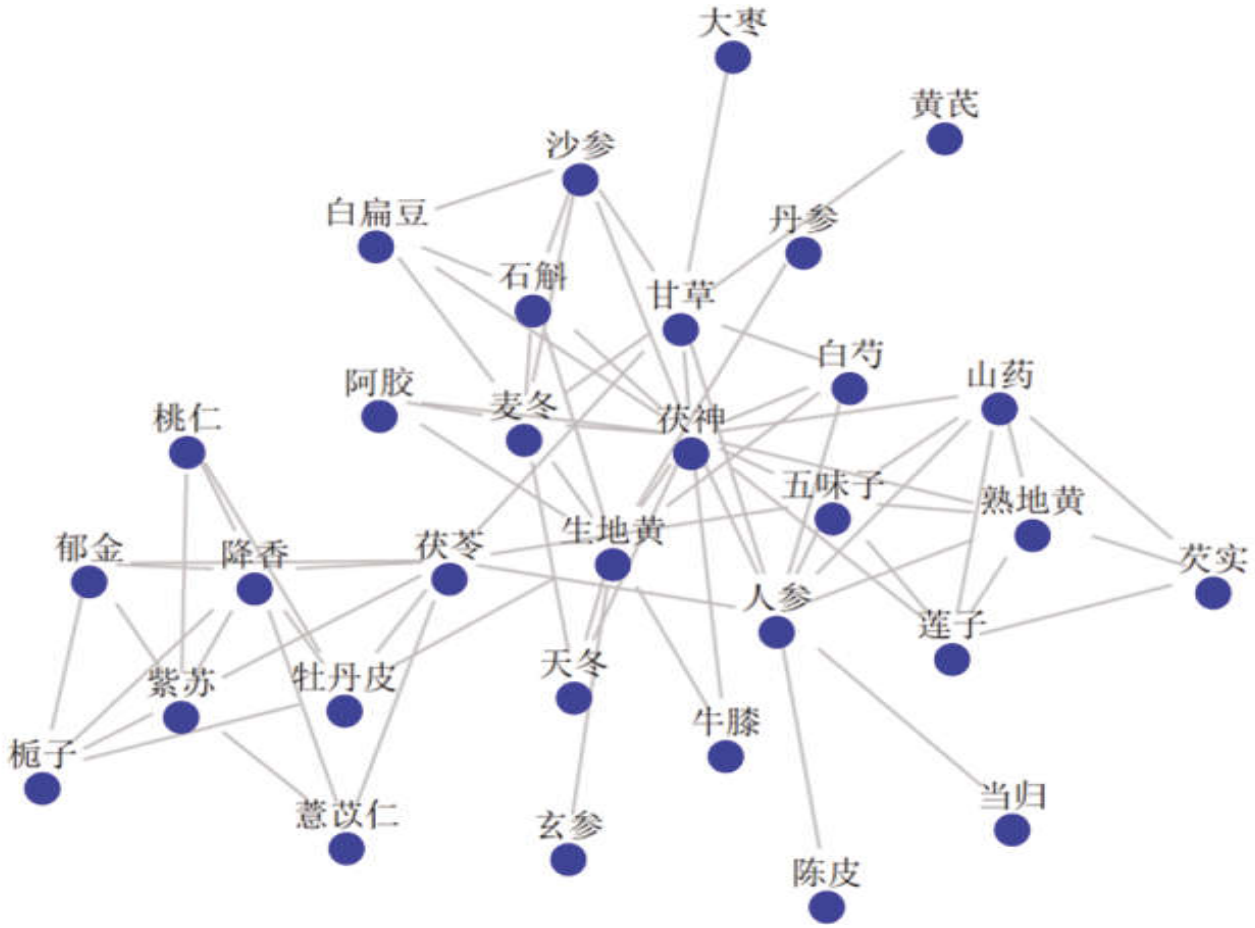


图1 组方规律网络展示

表4 改进的互信息法的药物间关联度分析

序号	药对	关联系数	序号	药对	关联系数
1	甘草 生地黄	0.029,884,70	18	郁金 瓜蒌	0.022,574,90
2	紫苏 人参	0.029,408,57	19	茯神 山药	0.022,300,03
3	麦冬 紫苏	0.026,968,48	20	栀子 牡丹皮	0.021,978,32
4	麦冬 天冬	0.025,787,17	21	降香 瓜蒌	0.021,954,45
5	甘草 酸枣仁	0.025,198,76	22	熟地 黄桃仁	0.021,860,51
6	甘草 玄参	0.025,185,82	23	麦冬 茯苓	0.021,725,24
7	茯神 阿胶	0.025,101,45	24	五味子 牡丹皮	0.021,641,19
8	五味子 紫河车	0.025,021,75	25	熟地黄 紫河车	0.021,638,39
9	五味子 胡桃肉	0.025,021,75	26	茯神 杏仁	0.021,612,38
10	熟地黄 郁金	0.024,785,04	27	麦冬 人参	0.021,29
11	甘草 石斛	0.024,150,49	28	紫苏 牡丹皮	0.020,884,45
12	熟地黄 白扁豆	0.023,804,99	29	甘草 牛膝	0.020,702,54
13	茯神 桑叶	0.023,601,56	30	甘草 郁金	0.020,702,54
14	茯神 芡实	0.023,179,29	31	郁金 杏仁	0.020,660,13
15	栀子 甘草	0.023,113,01	32	麦冬 牡丹皮	0.020,173,43
16	熟地 黄紫苏	0.022,830,19	33	栀子 五味子	0.020,141,30
17	麦冬 茯神	0.022,604,23	34	茯神 莲子	0.020,087,30

2.3.3 基于无监督熵层次聚类的新处方分析　在以上核心组合提取的基础上，点击“提取组合”按钮，运用无监督熵层次聚类算法，得到9个新处方（见表6），网络展示见图2。

表5 基于复杂系统熵聚类的核心组合

序号	A	B
1	韭菜_橘红_白蒺藜	橘红_桔梗_瓜蒌
2	龟甲_黄柏_人中白	龟甲_淡菜_墨旱莲
3	白芍_陈皮_白术	木瓜_白术_炮姜
4	麦冬_阿胶_生地黄	五味子_人参_生地黄
5	天花粉_桑叶_贝母	天花粉_桔梗_百部
6	甘草_降香_人参	甘草_桃仁_降香_牡丹皮
7	菟丝子_补骨脂_鹿茸	肉苁蓉_补骨脂_巴戟天
8	山茱萸_莲子_鱼鳔胶	山药_远志_山茱萸_芡实
9	栀子_降香_郁金_紫苏	栀子_降香_郁金_人参

表6 基于熵层次聚类新处方

序列号	新方组合
1	韭菜_橘红_白蒺藜_桔梗_瓜蒌
2	龟甲_黄柏_人中白_淡菜_墨旱莲
3	白芍_陈皮_白术_木瓜_炮姜
4	麦冬_阿胶_生地黄_五味子_人参
5	天花粉_桑叶_贝母_桔梗_百部
6	甘草_降香_人参_桃仁_牡丹皮
7	菟丝子_补骨脂_鹿茸_肉苁蓉_巴戟天
8	山茱萸_莲子_鱼鳔胶_山药_远志_芡实
9	栀子_降香_郁金_紫苏_人参

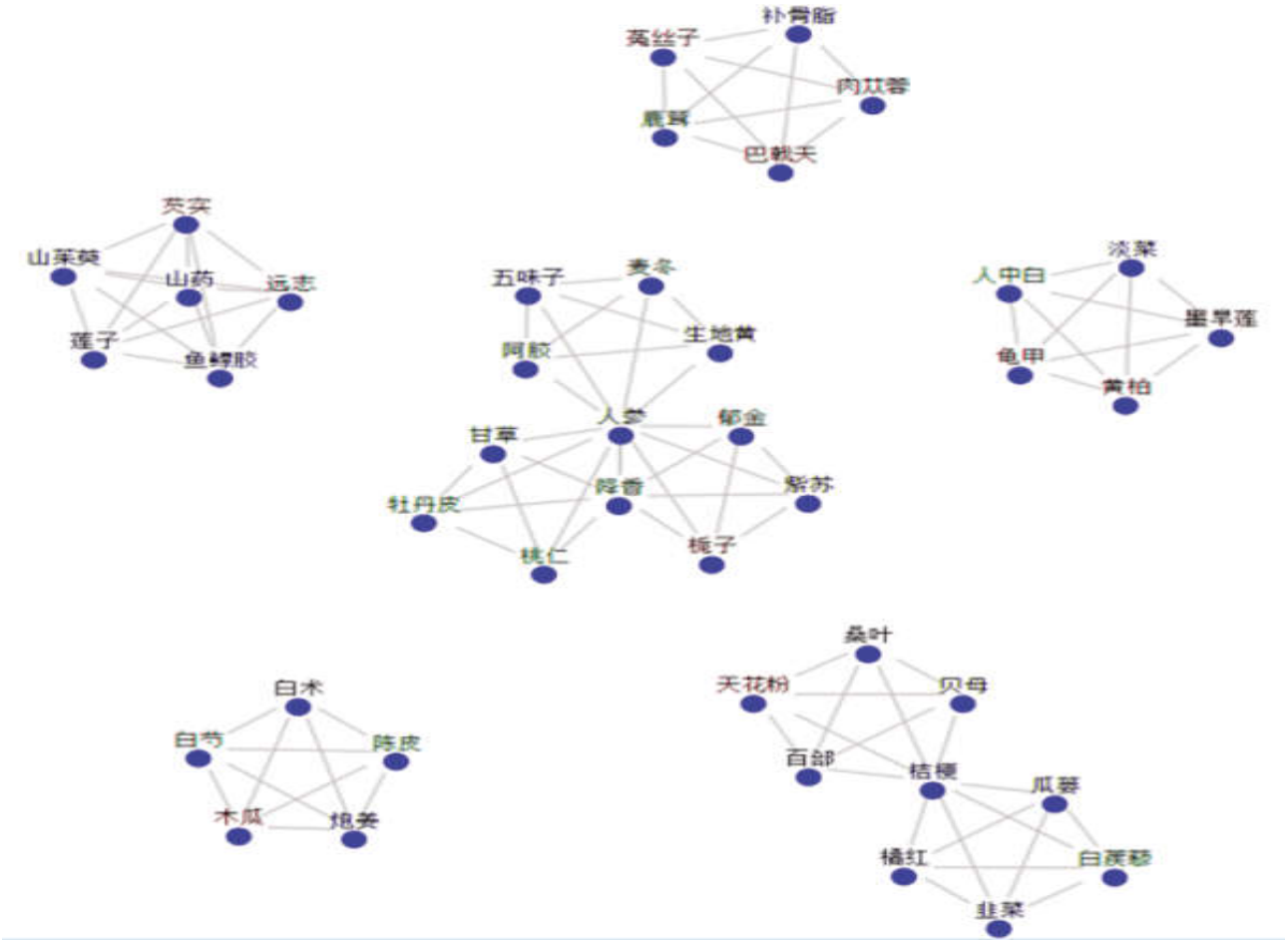


图 2　新处方网络展示

3　讨　　论

清代名医叶天士辨证精细、立法妥帖、处方中肯、用药灵活的学术特点对后世影响极大，《临证指南医案》是对其临床实践的部分实录，对现代中医的发展具有重要影响。目前，虽已有大量文献研究对叶氏的学术思想进行总结，并对其治疗血证的用药规律进行探究，但如能将主观总结与统计学方法相结合，进一步通过数据挖掘的方式对《临证指南医案》中血证的用药规律进行研究，对更全面而客观地总结叶天士的学术思想具有重要意义。

本研究结果显示，频次大于10的药物共44味，按照这些药物的功效与主治以及在血证治疗中的应用，现将其大致分类分析如下。

用于健脾宁心，调补气血的中药主要有茯神、茯苓、甘草、人参、白扁豆、当归、山药、紫苏、薏苡仁、大枣、黄芪、莲子、白术、柏子仁；心主血脉，脾统血，如《医贯》言："血随乎气，治血必先理气"[7]。气能统血，血能生气，气血之间密不可分。在血证中常见气虚血脱之证，治当补气益气以固脱。气血相互为用，故在本研究的高频次药物中除了血分药，亦可见用人参、黄芪、白术等气分之药。清热凉血，养阴生津的中药主要有生地黄、麦冬、熟地黄、石斛、白芍、五味子、沙参、牡丹皮、栀子、桑叶、阿胶、玄参、天冬、连翘、地榆、淡竹叶、知母、天花粉。除临床常见的气虚血脱之外，热迫血行是血证另一常见的病机，而其又有虚实之分，对虚火当以生地黄、麦冬等滋阴降火，实火当治以连翘等清热泻火。高频药物中除前所述益气固脱和凉血止血两类之外，还有降香、郁金、牛膝、桃仁、丹参等治疗瘀滞性出血的药物，可见血证的病机关键除热迫血行和气虚血脱两类之外，血瘀出血也是常见病机，故在治疗时亦当分为治火、治气与治血三大类治法。血证的治疗，治血是关键，如《血证论·吐血》言："存得一分血，便保得一分命"[8]。而各类治血之药种类甚多，临证当辨证清楚，对证施治。

叶氏十分注重对前人学术思想的总结，重视脾胃、倡养胃阴的学术观点也是源于李东垣的脾胃学说，如其所言："脾胃之论，莫详于东垣"，然叶氏以此为基础，又在《临证指南医案》中提出许多新的论述逐步构成了其胃阴学说的学术思想[9-10]，如"纳食主胃，运化主脾，脾宜升则健，胃宜降则和"，"太阴阴土，得阳则运，阳明阳土，得阴自安，以脾喜刚燥，胃喜柔润也"等，贯穿于各类疾病的诊疗之中。本研究结果提示，麦冬、石斛、扁豆、沙参、甘草等均为养胃阴的基本药物[11]，而这些药物均为叶氏治疗血证的高频次药物，可见叶氏在临证之时每添此类甘凉濡润之品，以酸甘济阴、甘缓益胃。

高频次药物中频次排前3的药物为茯神、茯苓、生地黄。叶天士认为，由脏腑内伤所致的血证多责之心、肝、脾三脏，病位多在胃与大肠，由肝木克土、脾不统血、大肠血热、心脾两虚等病因所致。心行血，脾统血，心能推动血行，心气不足，则行血无力，脾气虚弱，则血行不畅[12]，叶氏云："若夫内因起见……劳形苦志而耗损心脾"。故遣方用药时选择抱有松根

的茯苓，即茯神，茯神与茯苓二者虽皆归于心脾经，但茯神偏于宁心，茯苓长于健脾，《杨氏家藏方》记载茯神丸“可治疗心虚血少，神不守舍，多惊恍惚，睡卧不宁之证”[13]。又《药品化义》言：“茯神，其体沉重，重可去怯，其性温补，补可去弱。戴人曰，心本热，虚则寒。如心气虚怯，神不守舍，惊悸怔忡，魂魄恍惚，劳怯健忘，俱宜温养心神，非此不能也。”[14]心为君主之官，主血脉，茯神养心神，益心气，治疗心虚血少，故叶氏在血证中选择茯神以治其本。《证治要诀》：“别处无汗，独心孔有汗，思虑多则汗亦多，宜养心血。以艾汤调茯苓末，日服一钱。”[15]叶氏在运用茯苓时寓意当是与茯神一致，治病求本，血证治血当不限于止血，如祝谌予认为在血证的治疗中当先辨其本，求其因，临床上见到出血便止血，不辨证求因以治其本，临证之治自然不如人意[16]。治疗血证时，止血是必然，然而充其源，截其流，双管齐下，才是治疗之道，这与中医整体论治，治病求本的原则一致。生地黄在叶氏治疗血证中也是高频次使用药物，其具有清热凉血、养阴生津的功效，用于阴虚内热、吐血、衄血、发斑发疹。血热为血证的常见病因，临证每见凉血与散血配伍应用，如叶桂《温热论》言：“入血就恐耗血动血，直须凉血散血”[17]。《圣惠方》中记载地黄散可用于治疗虚劳吐血不止。除生地黄外，凉血药还可见牡丹皮、阿胶等。

高频次药物组合包括“人参，甘草”“熟地黄，五味子”“麦冬，茯神”“麦冬，生地黄”等。这些药物组合以补气养阴、益气安神为主，与血证的常见病机理论一致。《景岳全书·本草正》云：“甘草……助参、芪成气虚之功，人所知也；助熟地疗阴虚之危，谁其晓焉。祛邪热，坚筋骨，健脾胃，长肌肉。随气药入气，随血药入血，无往不可，故称国老。”[18]与人参配伍，助其补性，缓其峻烈，属相须、相使的关系。二者配伍可益气生津养阴，调补气血，扶助正气。

基于关联规则的置信度较高的药物关联组合为“芡实→熟地黄”“芡实，莲子→熟地黄”。芡实与莲子二者在性味归经上相似，配伍应用可增强疗效；莲子素有“脾果”之称，其补脾之力较芡实强，可兼入心经，能补益心气安神；芡实的除湿之力强于莲子，敛而不燥不腻不留邪，治疗脾肾气虚。熟地黄入肝肾二经，具有滋阴补血、填精益髓的功效，补阴益精以生血，是治疗血虚证的要药[19]。芡实、莲子与熟地黄相互配伍，兼顾先后天之本，调理气血生化之源以治血证。常用的核心药物组合包括“韭菜_橘红_白蒺藜”“橘红_桔梗_瓜蒌”“龟甲_黄柏_人中白”“龟甲_淡菜_墨旱莲”“白芍_陈皮_白术”“木瓜_白术_炮姜”等，并以此为基础，运用无监督熵层次聚类算法得到9个新处方，这些新方主治各异，或以补肾健脾养阴为主，或益气活血化瘀为要，还应当进一步结合中医基础理论与临床实践加以考证。

综上，从叶天士治疗血证的理法方药中能探知叶氏对前人学术经验的继承与吸收，用药广泛而灵活，但仍宗“治火”“治气”“治血”之道，审证求因，治病求本，理法方药一体，注重五脏的调理，养心培营行血，调理脾胃生血，疏肝理气养血[20]，强调心、肝、脾三脏在血证诊疗中的地位，兼顾护胃阴。

参考文献

[1] 张佳乐，朱长刚.《临证指南医案》血证诊疗思路探讨[J].甘肃中医药大学学报，2017，34(4)：14-16.

[2] 叶天士.临证指南医案[M].苏礼，焦振廉，张琳叶，等，整理.北京：人民卫生出版社，2006.

[3] 国家药典委员会.中华人民共和国药典：一部[M].北京：中国医药科技出版社，2015：6.

[4] 高雪敏.新世纪全国高等中医药院校规划教材：中药学(供中医类专业用)[M].2版.北京：中国中医药出版社，2007：1.

[5] 刘亚波.关联规则挖掘方法的研究及应用[D].长春：吉林大学，2005.

[6] 杨洪军，唐仕欢，卢朋.中医传承辅助平台的开发与应用[M].福州：福建科学技术出版社，2013：47-49.

[7] 王蜀嘉.以唐容川《血证论》为基础探讨中医血证的诊断学特色[D].北京：北京中医药大学，2016.

[8] 王九龙.试论《医学求是》的血证治疗思想[J].中医文献杂志，2004，22(2)：19-20.

[9] 于磊.叶天士对张仲景脾胃思想的继承与发展[J].河南中医，2018，38(9)：1344-1346.

[10] 谢文英，常学辉，张良芝.叶桂“胃阴学说”浅析[J].中国中医基础医学杂志，2008，14(7)：483-484.

[11] 戴翥.叶天士《临证指南医案》外感温热类温病养阴学术思想及用药规律研究[D].昆明：云南中医学院，2012.

[12] 曾建雄.气虚血瘀的理论研究[D].福州：福建中医学院，2009.

[13] 余兴华，戴琳.茯苓菌核不同部分的临床应用[J].海峡药学，2003，13(4)：83-84.

[14] 孙晓芳.温补心肾法治疗失眠的临床研究[D].济南：山东中医药大学，2016.

[15] 陈永灿.《本草纲目》强记益智药方汇述特色探讨[J].中华中医药学刊，2008，27(10)：2182-2185.

[16] 温光远.祝谌予老师对血证论治经验[J].辽宁中医杂志，1985，28(1)：12-13.

[17] 胡勇，张永.凉血散血法在热痹中的运用探讨[J].云南中医中药杂志，2018，39(1)：12-14.

[18] 宋洪伟.甘草的文献研究[D].济南：山东中医药大学，2015.

[19] 娄琳丽.基于文献的熟地黄—附子药对配伍规律及应用研究[D].南宁：广西中医药大学，2018.

[20] 张佳乐，牛淑平.《临证指南医案》便血证治探微[J].上海中医药大学学报，2017，31(3)：15-17.

（收稿日期：2019-02-17　编辑：蒋凯彪）

秉承古训　医德为先

引用:张露微,邓志远,李信平.精索静脉曲张中医治法规律分析[J].中医药导报,2019,25(24):69-73.

精索静脉曲张中医治法规律分析

张露微[1],邓志远[1],李信平[2]
(1.广州中医药大学第一临床医学院,广东　广州　510405;
2.广州中医药大学第一附属医院,广东　广州　510405)

[摘要]　目的:运用数据挖掘探讨精索静脉曲张的中医治法规律。方法:以中国知网(CNKI)、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献数据库(CBM)等数据库为数据源,检索自建库起至2018年11月发表的有关中医药治疗精索静脉曲张的相关文献,共筛选出主治精索静脉曲张的方剂48首,运用双层频权剪叉算法,计算每个方剂的功效权值,并进一步归一化各功效的权值,生成治疗精索静脉曲张方剂的功效热图及网络图。结果:精索静脉曲张类方的功效组合可汇总为6组,包括活血化瘀、清热、祛湿、温阳、疏肝等,其对应的功效亚组及药对组合可细分为21组。结论:中医治疗精索静脉曲张以活血化瘀为主,同时还应从辨证论治的角度出发,清热祛湿,温阳散寒,滋补肝肾,疏肝行气,补益肺脾等,综合治疗。

[关键词]　精索静脉曲张;数据挖掘;中医;治法;药对
[中图分类号]　R277.5　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0069-05

精索静脉曲张是指精索内蔓状静脉丛的异常伸长、扩张和迂曲,在男性人群中的发病率为15%~20%,在不育男性中发病率为25%~40%[1]。多数患者无特殊不适,在体检时或因不育症就诊时方被查出;少数患者出现不适的症状,表现为阴囊坠胀不适或坠痛,疼痛可向腹股沟区、下腹部放射,站立行走时加重,平卧休息后减轻。在中医学中,无“精索静脉曲张”的病名,但根据该病的病因病机及临床表现,可归属于中医学中的“筋瘤”“筋疝”等范畴[2]。《外科秘录·筋瘤·骨瘤·石瘤》曰:“筋瘤者,乃筋结成于体上也。切起之时必然细小,按之如筋也。翁蓄则曲,曲久成瘤,而渐大矣。然虽渐大,亦不甚大也。固是筋瘤,亦无大害,竟可以不治置之。”临床上,治疗的目的主要是改善精液质量及性功能[3]。西医治疗主要是以手术为主,手术可祛除病因,阻断病理改变的进一步发展,但对于已遭受损害的生精组织功能的逆转恢复尚缺乏有效措施。研究表明,采用中医药治疗本病具有较好的临床疗效[4]。本研究对中医药治疗精索静脉曲张的临床研究文献进行数据挖掘,通过分析总结精索静脉曲张的治法及用药规律,以期为中医药治疗精索静脉曲张提供思路与借鉴。

1　资料来源

1.1　文献检索　以中国知网(CNKI)、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献数据库(CBM)等数据库提供的文献为数据源,以“精索静脉曲张”AND“中医药OR中医OR中药”为检索词,检索自建库起至2018年11月发表的有关中医药治疗精索静脉曲张的相关文献,经筛选后,可纳入的文献为62篇。

通讯作者:李信平,E-mail:286857238@qq.com

1.2　纳入标准　(1)与中医治疗精索静脉曲张有关的医案报道、病例对照研究等。必须包含对精索静脉曲张的明确诊断以及具体的医案处方(确切的中药组成、剂量、疗程、疗效)。(2)若有多次复诊记录,只要出现中药调整,均按新的方药录入。(3)随证加减时,若加减药物明确,则以主方联合加减药物为完整的组方录入。

1.3　排除标准　(1)排除文献中药物以中药提取物、直接磨粉吞服等制剂;(2)其他治疗方法,无法判断是中药起效;(3)排除无具体组成、信息不全、研究结果无效的文献;(4)重复的方剂信息只录入一次。

2　建立数据库

2.1　方剂-药物数据库　以Microsoft Excel 2010建立“方剂-药物”数据库。将收集到的中药名称根据《中国药典》规范后录入表格,同药不同炮制方法、同药不同部位,按不同药物保留。最后共录入符合要求的方剂48首,药物135味。

2.2　药物-功效数据库　根据《中国药典》《中药大辞典》(第二版),收集录入的每种药物的功效。另外,负面影响或不良反应也需录入,如黄连具有燥湿,但其燥性可伤津液,因而燥湿以正功效收录,而润燥以负功效收录。信息录入由双人同时进行,直到双人录入信息完全一致,最终共录入功效109种,并编号a1~a109,生成药物-功效数据库。

2.3　方剂-功效数据库　从药物-功效数据库选出相应的药物进行组合,计算所有方剂权值,生成方剂-功效数据库,各方剂编号为A1~A48。

3 方　法

3.1 方剂功效权值和阈值的确定　以药物-功效数据库为蓝本，统计每味药物出现的频数S_1，S_2……S_n，每味药物在所有功效中出现的总频数$\sum_{j=1}^{k} a_{1j}$，$\sum_{j=1}^{k} a_{2j}$……$\sum_{j=1}^{k} a_{ij}$，以及每个功效的总频数$\sum_{j=1}^{k} a_{1j}$，$\sum_{j=1}^{k} a_{2j}$……$\sum_{j=1}^{k} a_{ij}$。按双层频权剪叉算法[5]，将每味药物在所有功效中出现的总频数、每个功效的总频数分别分配对应的权值X_{n1}、X_{n2}。功效的实际权值计算为：

$$M=S_n\times X_{n1}\times X_{n2} \quad (1)$$

（注：i，j代表药物-功效矩阵中的行和列）

然后，分别计算每个功效各自权值的均数（$\bar{x}$）与标准差（S），并归一化功效权值：

$$N=\frac{M-\bar{x}}{S} \quad (2)$$

以“[1，2)”“[2，3)”“[3，+∞)”作为正功效的Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ等级区间；以“(-2，-1]”“(-3，-2]”“(-∞，-3]”作为负功效的-Ⅰ、-Ⅱ、-Ⅲ等级区间，而“(-1，1)”则表示该功效很弱，一般不考虑功效成立。

3.2 构建网络图和热图　（1）以药物-功效数据库为底本，运用Excel 2010计算各药物间的相关系数，并用Cytoscape 3.4.0生成药物相关网络图。（2）将药物按文献中的方剂组成进行叠加，计算方剂总权值，运用Excel 2010计算各个功效间的相关系数，并用Cytoscape 3.4.0生成功效相关网络图。（3）将方剂总权值归一化，运用Multi Experiment Viewer 4.9.0软件生成方剂功效的权值热图。

4 结　果

从热图中可见，黑色板块聚集的区域大致为a5、a29、a89、a19、a28、a64、a104、a9 6、a67、a105、a106、a62、a82、a86、a91、a73、a49、a92、a84、a43、a109等，即治疗精索静脉曲张的方剂中高表达的功效为：温肺、补阳、宽胸、疏肝、行气、消积满、化滞、清胆、退热除蒸、乌发、强腰膝、止痉、定惊、治心悸、回阳救逆、利关节、清热、清膀胱、生肌、化瘀、调血脉等。（见图1）

但热图只提供了主要功效分布，尚未能指出各个功效间的搭配组合，因此为了进一步挖掘精索静脉曲张类方的功效搭配，需计算功效间的相关系数，并生成网络图，以通过功效组合归纳治法规律。网络图表示的功效组合数目较多不能一一列出，故只列出较直观可见的组合，具体分布如图2所示，分别是：

第1组：a73利关节、a53祛湿、a54利水、a49清热、a92清膀胱、a76退黄、a108避秽，为清热祛湿、清膀胱热的组合。

第2组：a68缩尿、a33固精、a18补肝、a25明目、a14补肾、a29补阳，为补肾固精、补肝明目的组合。

第3组：a70消食、a64消积满、a104化滞、a28行气、a19疏肝、a71散结，为疏肝行气、化滞散结的组合。

第4组：a26利咽、a51散寒、a30升阳、a24治头痛、a101和解表里，为和解表里、散寒的组合。

第5组：a13温胃、a9温脾、a5温肺、a21温经，为温胃、温脾、温肺、温经的组合。

第6组：a12和胃、a107解郁、a51散寒、a32温阳，为解郁和胃、温阳散寒的组合。

第7组：a84生肌、a80敛疮、a103下乳、a72消肿，为消肿生肌、敛疮、下乳的组合。

第8组：a97开窍、a86治心悸、a100止痒、a98调月经，为开窍、治心悸、调月经、止痒的组合。

第9组：a1补肺、a7补脾、a11益胃、a8健脾，为补益肺、脾、胃的组合。

第10组：a43化瘀、a42活血、a83通经活络，为活血化瘀、通经活络的组合。

第11组：a63消痈疮、a67退热除蒸、a93截疟，为退热除蒸、消痈疮、截疟的组合。

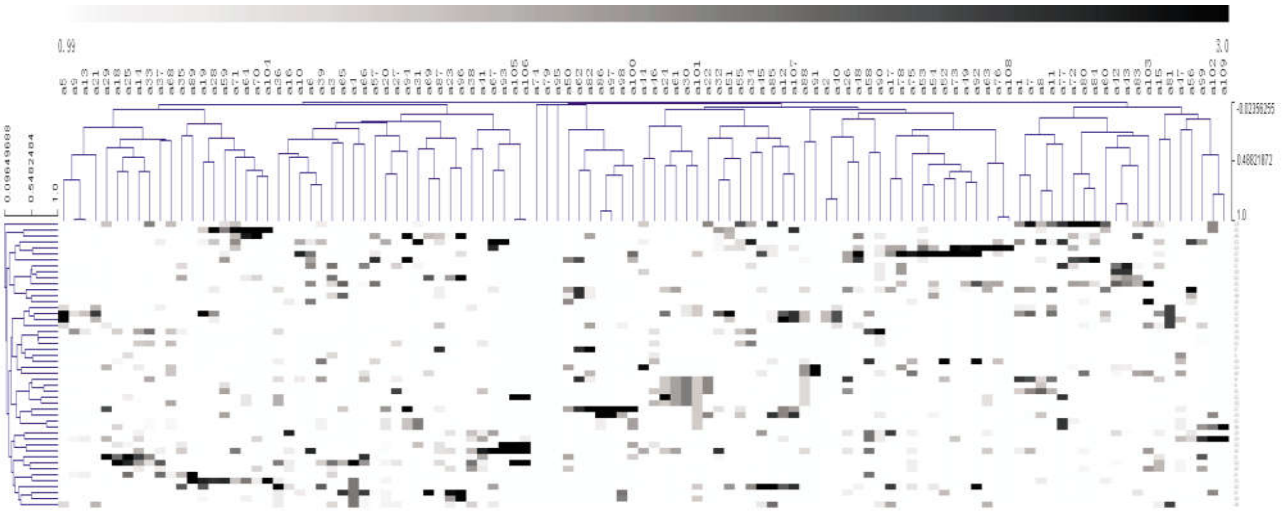
第12组：a2宣肺、a40发汗，为宣肺发汗的组合。

第13组：a17清肝、a45凉血，为清肝凉血的组合。

第14组：a31潜阳、a77治头晕，为潜阳、治头晕的组合。

第15组：a62止痉、a82定惊，为止痉、定惊的组合。

第16组：a23通便、a96清胆，为通便、清胆的组合。

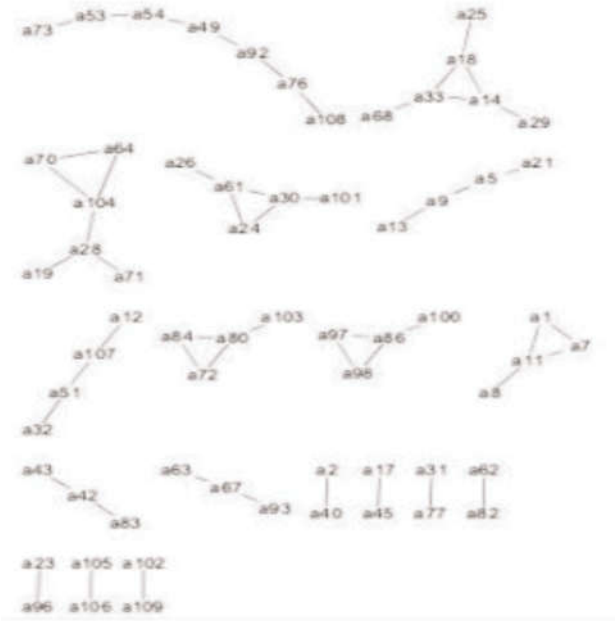


注：图中每个小黑点代表一个功效，颜色越黑，代表该功效在精索静脉曲张类方中表达越强

图1　精索静脉曲张类方热图

第17组：a105乌发、a106强腰膝，为乌发、强腰膝的组合。

第18组：a102续筋骨、a109调血脉，为续筋骨、调血脉的组合。



注：每个圆点代表一个功效，一条线代表一个组合

图 2　精索静脉曲张类方功效组合网络图

药对的组合分为23组，具体分布如图3所示，分别是：

第1组：B110防风–B116地肤子–B77墨旱莲–B18徐长卿–B58炒露蜂房–B103皂角刺–B102川楝子–B81蛇床子，为祛湿利水、消肿止痛的药对。

第2组：B87防己–B122金银花–B47石斛–B121天花粉–B64忍冬藤–B117白鲜皮，为清热解毒、生津润燥、消肿止痛的药对。

第3组：B50荔枝核–B80九香虫–B95紫河车–B108葫芦巴，为温阳散寒、行气散结的药对。

第4组：B86丁香–B39鹿角霜–B107吴茱萸，B132狗脊–B92土茯苓–B115木通–B52附子，为温补脾胃、温阳散寒的药对。

第5组：B90黄柏–B93蒲公英–B94地丁草–B113龙胆草，为清热解毒、祛湿消肿的药对。

第6组：B60五加皮–B78桑寄生–B9淫羊藿–B12巴戟天，为温补肾阳、祛湿止痛的药对。

第7组：B3人参–B27党参–B69山药，为健脾补肺、益气、滋阴生津的药对。

第8组：B8菟丝子–B82紫梢花，为滋补肾精的药对。

第9组：B13五味子–B46白芍，为收敛肺阴的药对。

第10组：B38牛膝–B85肉桂，为温脾、引热下行的药对。

第11组：B99莪术–B101三棱，B25川芎–B68延胡索，为行气活血的药对。

第12组：B79蒺藜–B105乌药，为行气解郁的药对。

第13组：B55王不留行–B109通草，为消痈疮、通经下乳的药对。

第14组：B28黄芩–B119滑石粉，为清胃热的药对。

第15组：B88泽泻–B124石韦，为清热利水通淋、清膀胱的药对。

第16组：B29山茱萸–B127酸枣仁，为滋补肝阴的药对。

第17组：B106茴香–B130大枣，为散寒止痛的药对。

第18组：B42蜈蚣–B134紫石英，为解毒、散寒的药对。

第19组：B26红花–B135当归尾，B32五灵脂–B59三七，为活血化瘀、通经活络的药对。

第20组：B4车前子–B33蒲黄，为活血化瘀、清热通淋的药对。

第21组：B6桃仁–B45杏仁，为降气、润燥的药对。

第22组：B23白术–B53茯苓，为健脾利湿利水的药对。

第23组：B48生地黄–B67牡丹皮，为清肝热、退热除蒸的药对。

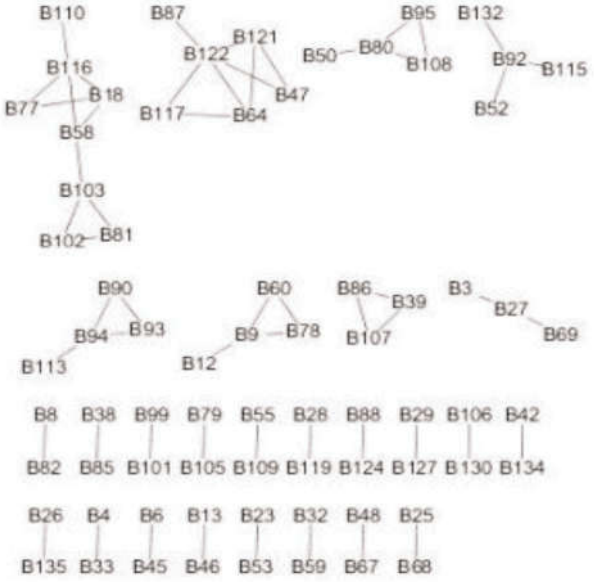


图 3　精索静脉曲张类方药对组合网络图

经整合后，功效组合及药对组合如表1所示，功效组合可归为6组，其对应的功效亚组及药对组合可细分为21组，总体上以活血化瘀治法为主。如夹有湿热者，佐以清热、祛湿；阳虚寒凝血瘀者，佐以温阳、散寒；肝肾不足者，佐以滋补肝肾；肝气郁结者，佐以疏肝行气；肺脾气虚者，佐以补益肺脾。

5　讨　论

在中医学中，精索静脉曲张属于“筋瘤”的范畴。《灵枢》曰：“筋瘤之发于病者，饮食不节，喜怒不时，津液内溢，乃下留于睾，血道不通……邪气居于此而发于筋瘤。”[6]清代医家王清任所著《医林改错》：“青筋暴露，非筋也，现于皮肤者，血管也，血管青者，内有瘀血也。”[7]自古以来，“瘀血”便被认为是导致筋瘤的根本病因，“活血化瘀”的治疗大法也延续至今。现代研究表明，利用活血化瘀的药物治疗精索静脉曲张，一方面可以减轻疼痛症状，另一方面可以改善睾丸微环境，提高患者生育能力[8-9]。但研究结果表明，精索静脉曲张的治疗除了活血化瘀之外，还应结合病因以及相关脏腑，从全身辨证的角度出发，综合治疗。

湿热为患，瘀热互结。随着生活的改善，饮食偏于肥甘厚腻，湿热内生，流注下焦，血热搏结，凝结为瘀，瘀滞脉络，遂生筋瘤。尹静等[10]认为筋瘤致不育症有虚有实，其中实证主要

表1　功效组合及代表药物

组别	功效组合	功效亚组	代表药物组合
1	活血化瘀	行气活血	莪术,三棱,川芎,延胡索
		活血化瘀,通经活络	红花,当归尾,五灵脂,三七
		活血化瘀,清热通淋	车前子,蒲黄
2	清热、祛湿	清热利水通淋、清膀胱	泽泻,石韦
		清热解毒,祛湿消肿	黄柏,蒲公英,地丁草,龙胆草
		清热解毒,生津润燥,消肿止痛	防己,金银花,石斛,天花粉,忍冬藤,白鲜皮
		清胃热	黄芩,滑石粉
		清肝热,退热除蒸	生地黄,牡丹皮
		祛湿利水,消肿止痛	防风,地肤子,墨旱莲,徐长卿,炒露蜂房,皂角刺,川楝子,蛇床子
		消痈疮,通经下乳	王不留行,通草
3	温阳、散寒	温补脾胃,温阳散寒	丁香,鹿角霜,吴茱萸,狗脊,土茯苓,木通,附子
		温补肾阳,祛湿止痛	五加皮,桑寄生,淫羊藿,巴戟天
		温脾,引热下行	牛膝,肉桂
		温阳散寒,行气散结	荔枝核,九香虫,紫河车,葫芦巴
		散寒止痛	茴香,大枣
4	滋补肝肾	滋补肾精	菟丝子,紫梢花
		滋补肝阴	山茱萸,酸枣仁
5	疏肝行气	行气解郁	蒺藜,乌药
6	补益肺脾	健脾补肺,益气,滋阴生津	人参,党参,山药
		健脾利湿利水	白术,茯苓
		收敛肺阴	五味子,白芍

以湿热和瘀血为主。《医林改错》曰:"……血受热,则煎熬成块。"治疗上,可使用清热利水通淋之药,如泽泻、石韦。朱震亨言:"治湿不利小便,非其治也。"湿邪黏滞,湿不去热邪易留滞,故湿热存于体内者,尤应使用利尿通淋之药。瘀血作为津液代谢的病理产物,其本身皆能化毒为害,若加之湿热蕴久,可化为热毒;治疗中常用的清热解毒药有蒲公英、地丁草、龙胆草;热毒炼液伤津,随着热邪的积累,后期易出现阴液亏损,因此在遣方用药时,应辨证使用生津润燥之药,如石斛、天花粉。

血得温则行,得寒则凝。《素问·调经论篇》:"气血者喜温而恶寒,寒则泣不能流,温则消而去之。"长期居于寒湿之处,或下身常泡冷水,血凝而气滞,阻于筋脉而发。治疗上常予温阳散寒之法,药用丁香、鹿角霜、吴茱萸、狗脊、附子、桑寄生、淫羊藿、巴戟天、肉桂等。

从症状上来看,无论寒凝或是热邪阻滞,局部气血凝滞,营卫不和,经络阻塞,不通则痛,将产生肿痛症状,甚者,由于组织失于濡养而形成疮疡。《血证论·卷三·跌打血》曰:"疮者,血所凝结而成者也,或是寒凝,或是热结……总是凝集其血而成,初起总宜散血。"因此,在清热、利湿、解毒、散寒的基础上,常配伍消散痈疮及活血化瘀的药,如仙方活命饮能有效缓解轻中重度精索静脉曲张患者阴囊坠胀不适症状,并能有效改善精液质量及精液量,改善精索静脉血管内径[11]。其中,金银花、甘草清热解毒疗疮;浙贝母、天花粉消痈散结;当归尾、赤芍、乳香、没药、陈皮行气活血通络,消肿止痛;白芷、防风通滞而散其结,使热毒从外而解;穿山甲、皂角刺通行经络,透脓溃坚。

临床大多数患者是因为生育功能受到影响而就诊,因肾主生殖,故以往医家比较偏重于对肾的治疗[12]。通过本研究的数据分析,除了注重对肾的辨证论治外,还需重视对膀胱、肝、脾、肺的治疗。

清膀胱热:肾与膀胱相表里,肾为脏,藏而不泄,易虚;膀胱为腑,泻而不藏,易实;所谓湿热为患者,膀胱代肾受邪也[13]。在清利下焦湿热时,应选能清膀胱热或入膀胱经之药,如泽泻、石韦。

滋养肝阴、疏肝行气、清肝凉血:肝肾同源,肝脏阴血亏虚可致肾脏阴精受损,从而生精乏源影响生育,治疗上,在补肾的同时,可用山茱萸、酸枣仁滋养肝阴;肝之疏泄与闭郁,不仅关乎气机之运塞、津液之行止,而且关乎血之行涩,《血证论》云:"肝属木,木气冲和条达,不致遏郁,则血脉得畅"。刘建荣结合现代人体质,提出肝气郁结于下才是精索静脉曲张的基本病机[14]。对于肝气郁结的患者,应治以疏肝行气,药可用蒺藜、乌药;足厥阴肝经绕阴器,若素体肝阴虚阳亢者,则邪从热化,并滞留于肝经,临床可用清肝热而不伤肝阴之药,如生地黄、牡丹皮。

健脾益气:脾气虚弱,诸阳无力上升,精微物质无以周布全身,肾精也会濡养不足,而脾气虚弱也会使浊阴无力下降,可体现为精索静脉回流受阻,最终导致生精功能障碍而发为此病[15]。常用党参、白术、茯苓、山药健脾益气,脾虚易生湿,故用白术燥湿、茯苓利湿。

补肺散邪:气血运行与肺有密切的关系,因"肺主气,朝

百脉”，肺气畅则血脉通，对于肺气虚弱者，一方面无力推动血液运行而脉道阻滞；另一方面，肺气虚者，卫外不固，外邪侵袭，气血运行受阻；临床常用人参、党参补肺，防己、防风祛风散邪。此外，肺肾两脏，金水相生，母病及子，肺气虚者必然影响肾脏，故肺肾两虚合并不育者，在治疗上应注意补肺。现代研究分析，人参注射液能延长凝血酶原时间和活化部分凝血酶原时间，改善微循环[16]；动物实验研究证明，人参皂甙Rb1能明显提高精子质量[17]。由此可见，人参不仅可以改善精索静脉曲张的血运状态，还可以提高精液质量，达到标本兼治的效果。现代药理研究表明，防风具有活血化瘀的作用[18]，防己可抗血小板聚集[19]，两者均可改善静脉曲张所致的血液淤滞不通的状态。

本研究通过双层频权剪叉算法，对近年来国内中医药治疗精索静脉曲张的相关临床有效报道进行了回顾性分析，此法避免了因方剂中药物频数的过高或过低而形成的局部优化、判别偏移，并且通过量化更深层次地分析了药物之间的配伍关系，更形象地诠释了中医药对精索静脉曲张的治法治则，对于精确配伍、准确用药以及大数据化有一定的参考价值。但是，本研究仍存在一定的局限性：(1)目前临床治疗精索静脉曲张，大多数是以手术治疗为主或在手术治疗的基础上联合中医药治疗，能检索到的纯用中医药治疗精索静脉曲张的文献并不多，因此导致本文纳入的样本量偏少。(2)纳入文献使用的有效标准不同，部分文献以有效率为参考标准，存在主观性。基于以上问题，将在未来扩展研究文献的范围，扩充样本量，同时期待更多高质量中医药临床研究的出现。

参考文献

[1] FRENCH D B，DESAI N R，AGARWAL A. Varicocele repair：Does it still have a role in infertility treatment[J]. Curr Opin Obstet Gynecol，2008，20(3)：269-274.

[2] 彭汉光，艾长征，邱荣元，等.精索静脉曲张中医气血辨证与甲皱微循环及血液流变学关系的研究[J].中华男科学杂志，2005，11(5)：387-388.

[3] 陈志强.男科专病中医临床诊治[M].北京：人民卫生出版社，2013：160.

[4] 于志勇.愈精散治疗肾阳虚血瘀型精索静脉曲张的临床及疗效研究[D].济南：山东中医药大学，2008.

[5] 朱文锋.证素辨证学[M].北京：人民卫生出版社，2008：68.

[6] 秦国政.中医男科学[M].北京：中国中医药出版社，2012：314.

[7] 王清任.医林改错[M].李天德，张学文，整理.北京：人民卫生出版社，2005：22.

[8] 贾金铭，马卫国.中西结合治疗男性不育症的思路[J].中国男科学杂志，2006，20(7)：1-2.

[9] 廖福龙，陈可冀.活血化瘀功效的药理学诠释[J].中国中西结合杂志，2006，26(10)：869-870.

[10] 尹静，曲晓伟，郭凯，等.前列安通片对精索静脉曲张大鼠附睾α-糖苷酶、L-肉毒碱的影响[J].现代中西结合杂志，2009，18(28)3416-3418.

[11] 刘东波，王中，殷德科，等.仙方活命饮治疗精索静脉曲张的临床疗效研究[J].医学信息，2018，31(5)：142-144.

[12] 戚广崇.实用中医男科手册[M].上海：知识出版社，1995：249-254.

[13] 许新，管凤刚，金保方，等.徐福松治疗精索静脉曲张经验[J].山东中医药大学学报，2009，33(6)：509-510.

[14] 刘建荣，王怀秀.伸曲助育汤治疗精索静脉曲张及其不育的临床研究[J].上海中医药杂志，2005，39(3)：33-34.

[15] 丁劲，商建伟，王旭昀，等.精索静脉曲张伴不育症临床经验[J].世界中西结合杂志，2015，10(5)：694-696.

[16] 林玲，蔡智慧，李德恒.人参注射液对健康家兔抗凝血功能的影响[J].微循环杂志，2009，19(1)：29.

[17] 陈智，刘继红，尹春萍，等.人参皂甙Rb1体外对人精子运动参数的影响[J].中国男科杂志，2006，20(6)：6-8.

[18] 朱惠京，张红英，吴光，等.防风正丁醇萃取物对大鼠血液流变学的影响[J].中草药，1998，29(12)：812.

[19] 齐志敏，康艳萍.粉防己碱、牛磺酸和阿司匹林对血小板聚集及血栓形成影响的研究[J].锦州医学院学报，1996，17(2)：13.

（收稿日期：2019-02-01　编辑：蒋凯彪）

国医大师包金山——蒙医正骨术的特色优势

【受访专家】 包金山，国医大师，国家非物质文化遗产项目蒙医药蒙医正骨疗法代表性传承人，享受国务院特殊津贴，曾任内蒙古自治区哲里木盟科尔沁左翼后旗蒙医正骨医院副院长，现受聘于内蒙古民族大学附属医院。

他救治的患者数量，一次达到过几千人。

他救治的患者年龄，上至九十八，下到刚出生。

他使用独到的包氏蒙医正骨治疗技术，产生了非凡疗效。

扫描二维码，点击视频，领略国医大师包金山的大医风采。

本视频由《中医药导报》杂志社、中医在线联合出品。

文 化

引用:赵力,罗文轩,赵玉洋,樊懿萱,谭巍."5W模式"下中医文化在"今日头条"上的传播现状研究[J].中医药导报,2019,25(24):74-76.

"5W模式"下中医文化在"今日头条"上的传播现状研究*

赵 力,罗文轩,赵玉洋,樊懿萱,谭 巍
(北京中医药大学,北京 100029)

[摘要] 目的:探讨中医文化在"今日头条"的传播现状,分析其优势与不足,进一步给出相关建议。方法:基于拉斯韦尔的"5W模式",借助量化分析、对比分析的方法对中医文化在"今日头条"的传播进行研究。结果:中医文化在"今日头条"上的传播具有内容多样性、增加用户互动性和传播形式的灵活性等优势,同时也存在缺乏内容审核把关门槛、传播内容缺乏深度和原创意识缺乏等不足。结论:提高传播主体的素养、优化传播信息的环境和培养受众筛选信息的能力,有利于中医文化在"今日头条"更好的传播。

[关键词] 中医文化;今日头条;5W模式;文化传播
[中图分类号] R2-4 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2019)24-0074-03

A Study on the Current Situation of the Spread of Traditional Chinese Medicine Culture in *Today's Headlines* under the "5W Model"

ZHAO Li, LUO Wen-xuan, ZHAO Yu-yang, FAN Yi-xuan, TAN Wei
(Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

[Abstract] Objective: To explore the current communication status of traditional Chinese medicine culture in *Today's Headline*, analyze its advantages and disadvantages, and give further suggestions. Methods: Based on Harold Lasswell's "5W model", the spread of traditional Chinese medicine culture in *Today's Headline* was studied by quantitative analysis and comparative analysis. Results: The communication of traditional Chinese medicine culture on *Today's Headlines* has the advantages of content diversity, increasing user interaction and flexibility of communication form. At the same time, there are also deficiencies such as lack of content audit threshold, depth of communication content and original consciousness. Conclusion: Improving the quality of the main body of communication, optimizing the environment of information dissemination and cultivating the ability of the audience to select information are conducive to the better dissemination of TCM culture in *Today's Headlines*.

[Keywords] traditional Chinese medicine culture; *Today's Headline*; 5W Model; culture transmission

中医文化源远流长,历经千年的传承和发展,在这过程中文化传播必不可少。媒介作为文化传播的要素之一,是传播的内容所依赖的介质[1]。近年来,新媒体以其海量性、即时性、超文本的特点,逐渐成为大众接触信息的主要媒介。中医文化进一步传承和发展,必须充分借助新媒体平台。其中,"今日头条"因强大的信息推荐引擎迅速拥有海量用户群体[2]。自2012年8月上线以来,"今日头条"用户量不断增长,现已拥有7亿用户,月活跃用户超过2亿[3]。"5W模式"由拉斯韦尔1948年在《社会传播的结构与功能》中首次提出,意为一个传播过程包含五大要素:谁(who)、说什么(say what)、通过什么渠道(in which channel)、对谁说(to whom)、产生什么效果(with what effect)[4]。"今日头条"为中医文化的传播提供了一块新的土壤,本文基于"5W模式",初步探讨中医文化在"今日头条"的传播现状,并对传播过程中存在的一些问题进行分析,进一步提出合理的建议。

1 资料与方法

1.1 样本选取 以"今日头条"为对象,选取马氏中医、云南中医和养生杂志3个不同类型的账号作为样本框。研究统计

*基金项目:首都中医药社会公众形象调查研究(15JDZHA015)
通讯作者:谭巍,E-mail:113756918@qq.com

2018年1—12月一年内各样本框发布的文章数量，根据各样本框发布的文章总量，运用等距抽样的方法，从各样本框依据等比例抽取共300篇文章作为研究样本。

1.2 研究方法 运用Excel对研究样本的来源、标题、内容、文章形式、阅读量、评论量等进行录入和统计，从传播主体、传播内容、传播形式和传播效果等角度，借助量化分析、对比分析的方法对统计结果进行进一步分析。同时，对阅读量≥10万的研究样本进行文本分析。

2 结 果

2.1 样本来源 因不同的传播主体在传播的内容和倾向上有所不同，研究选择3个不同类型的头条号作为样本框。分别为属于医疗机构官方账号的云南中医、认证为专业医师的马氏中医和健康科普作家的养生杂志。3个头条号在2018年1—12月共发布文章的数量分别为550、1600和2320篇，按比例从中抽取样本，分别为云南中医156篇、马氏中医37篇和养生杂志107篇，共计300篇。

2.2 传播主体 多元化新媒体赋予大众和机构平等的话语权，传播主体大众化。“今日头条”上传播中医文化的主体多样，包括医疗机构、中医师、中药师等中医专业人士，如云南中医和马氏中医。同时，众多健康科普人士也加入中医文化的传播队列，如传播主体为健康科普作家的养生杂志等。

2.3 传播内容 多样化文章内容涉及养生防病、疾病治疗、中医理论、美容、心理、育儿等诸多主题，但以养生为主。同时，账号主体不同，发布文章各有侧重。马氏中医主体为专业医师，文章集中于介绍中医方剂、治法等中医理论。云南中医作为医疗机构官方账号，各类别文章均有涉及且未见明显类别偏向。养生杂志因其为健康科普作家，更倾向于介绍养生知识和疾病治疗。（见图1）

2.4 文章原创性 文章分为原创和非原创，非原创文章又包含转载和未标明两类，区别在于是否标明文章的来源。300篇文章中128篇为原创，占比为42.67%。标明转载者仅14篇，占比为4.67%。未标明文章来源的文章为158篇，占比为52.67%。头条号对文章原创性的重视程度有待提高。

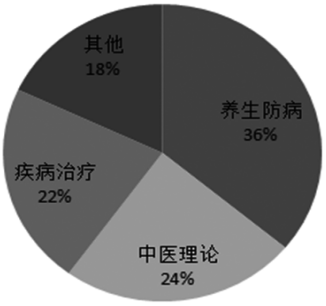


图1 “今日头条”号发布的文章类别

2.5 传播形式 200篇文章中，采用“多张图片+文字”形式的，共有212篇，占比为70.67%；“视频”形式的，共有47篇，占比为15.67%；“单张图片+文字”形式的，共有39篇，占比为13.00%；仅有2篇传播形式为“音频”，占0.67%。传播形式主要为“图片+文字”。

2.6 高阅读量文章 阅读量“10万+”的文章共有17篇，虽然文章的主题各异，涵盖健康科普、疾病治疗、方剂介绍、养生防病、饮食、用药等多个方面，但内容主要集中在养生防病，其次为疾病治疗和中医理论。同时，高阅读量文章均采用“多张图片+文字”这一传播形式。（见表1）

3 讨 论

3.1 中医在“今日头条”上传播的特点及优势

3.1.1 传播内容的多样性 “今日头条”发布的文章内容不拘泥于专业的学术讨论，而是密切联系实际生活的各个方面，中医的内涵被极大丰富。文章着眼生活，关注受众在日常生活中经常会遇到的问题，继而给出切实可行的指导，并大

表1 阅读量“10万+”的文章类型、主题及阅读量

序号	文章标题	文章类型	文章形式	阅读量
1	肾气足，百病除，日常补肾有窍门	养生防病	多张图片+文字	86.9万
2	女人老得快，体内必有瘀！一招教你清瘀血	养生防病	多张图片+文字	72.9万
3	每天按摩这里2分钟，解决你的颈椎病、关节炎、便秘	养生防病	多张图片+文字	64.0万
4	午睡是门“技术活”，80%的人都睡错了！	养生防病	多张图片+文字	53.0万
5	“三白茶”，调和脏腑、嫩肤淡斑，这个夏天美哒哒	疾病治疗	多张图片+文字	32.5万
6	这个部位长青筋小心这些病送您三招来化解	养生防病	多张图片+文字	28.5万
7	“上病取下，百病治足”一病一绝招（图解）	疾病治疗	多张图片+文字	27.7万
8	喝粥、吃面条，到底是养胃还是伤胃？	养生防病	多张图片+文字	26.0万
9	最“懒”的排毒方法：2招就能清肺养肾（动图教学）！	养生防病	多张图片+文字	23.7万
10	蒲公英有“三不喝”，你喝对了么？	中医理论	多张图片+文字	22.5万
11	它是最好的退热止咳“天然抗生素”，别总打点滴了！	疾病治疗	多张图片+文字	18.9万
12	脚上有个“灭火开关”，这样按，快速祛胃火止牙痛无口臭不便秘！	疾病治疗	多张图片+文字	17.1万
13	每天吃几颗核桃、一把红枣、一把桂圆有什么效果	养生防病	多张图片+文字	16.8万
14	颈椎病二句话就能治，你也试试看，一学就会	养生防病	多张图片+文字	14.7万
15	多汗补气，无汗养血	中医理论	多张图片+文字	14.7万
16	高血压别总指望开药！心血管专家给出了5个处方！	养生防病	多张图片+文字	12.7万
17	国医大师干祖望：补气养血就看这碗汤，9亿人都需要！	养生防病	多张图片+文字	10.3万

多采用简单易懂、易于操作的方法，如药膳、穴位按摩、健身功法等。这提高了受众对中医文化的接受程度，对中医文化的传播大有裨益。

3.1.2　传播过程的互动性　新媒体为受众提供了即时有效的信息反馈渠道，传播过程中互动性明显增强。“今日头条”提供转载、评论等反馈形式，有利于传播者了解受众对信息的认知和接受程度，进一步增强传播效果。同时，也为受众提供了咨询、提问的问答途径，在问答过程中，拉近了和用户之间的距离[5]。中医博大精深，具有极强的专业性。作为一门医学学科，中医不息的生命力在于疗效。在科普中医的过程中，增加与受众的互动，更有利于增加受众对中医文化接收深度，也使中医更好地服务于受众，取得更好的疗效。

3.1.3　传播形式的灵活性　“今日头条”提供多种文章形式，传播者可以根据受众的不同需求灵活选择。例如用图片帮助穴位的准确定位，用少量文字搭配视频讲解中医知识，使读者在短时间内迅速获取信息，符合当下“快餐式”的阅读习惯。灵活的传播形式提高了内容的趣味性，增加了传播深度，从而提高了中医在传播过程中的适应能力。

3.2　中医在“今日头条”上传播存在的问题及不足

3.2.1　缺乏内容审核把关门槛　“今日头条”发布的文章不需经过审核，便可直接推向受众。自媒体运营者水平参差不齐，高水平的运营者只是少数，而专业素养低、能力不足的运营者占大多数[6]。“今日头条”虽然提供了便利的信息传播平台，但发布信息的门槛也极低。从机构到个人，只要认证头条号，便可发布文章。文章的真实性和可靠性却往往缺乏专业人员和机构的审核，质量良莠不齐。如有头条号大肆宣扬一些可信度待考证的偏方，为博人眼球夸大其功效。受众如不具备分辨信息真假优劣的能力，对这类文章传递的信息也会全盘接收。

3.2.2　传播内容缺乏深度　一方面，“今日头条”作为新媒体平台，“碎片化”传播这一现象较为普遍[7]。受众获取的大都是互相缺乏关联的信息，难以对知识形成整体的理解。另一方面，由于中医体系中存在诸如“精”“气”“神”“阴阳”等抽象的理论，且理论环环相扣。传播者需要有扎实的专业知识和极强的表述能力，才能让受众准确理解其内涵，否则限于文章的篇幅或表述形式，传播的内容只能停留在表面。

3.2.3　原创意识有待提高　“今日头条”发布的文章存在大量不属于原创且未标明转载来源的内容，同时文章是否原创与阅读量相关性较低，无论是运营者还是受众的原创意识都有待提高。原创文章被反复搬运，损伤了内容创作者的积极性。同时，非原创内容的泛滥传播，也使得受众难以在泛滥的信息中筛选出优质信息。

3.3　建议

3.3.1　提高传播主体的素养　传播主体对传播内容的优劣和传播效果的大小有着决定性的作用。提高传播主体的素养，可以从以下方面着手。其一，增加传播主体中专业人员和机构的比重。与未系统学习过中医知识的人员相比，专业人士可以保证内容的准确性，增强内容的权威性。将新媒体手段与医院文化建设相结合，有利于加强医院文化建设的同时，也促进了医院发挥中医药传统优势，满足广大人民群众的服务需求[8]。其二，选择具有交叉学科背景的复合型人才。“今日头条”这一新媒体平台决定传播者需要有较高的媒体素养，中医这一专业决定传播者需要有专业的知识储备。两者相合，可以为受众提供更优质的信息。

3.3.2　优化传播信息的环境　传播主体的泛化增加了对信息进行监督的重要性。“今日头条”有待提高平台的原创意识，构建良好的传播环境。一方面，鼓励原创，如提高原创文章的推送率，增加其曝光度。另一方面，打击剽窃、传播虚假信息等行为，如对剽窃他人作品和传播虚假信息的头条号进行惩戒，对传播虚假信息的行为依照法律进行处罚。

3.3.3　培养受众筛选信息的能力　“今日头条”的用户也需培养自己的信息筛选和鉴别能力，建立对信息的评价体系。通过对文章来源、文章作者、文章内容等进行考察，判断文章的质量。借助好大夫、丁香医生等专业网站、医生和营养师等专业人员和专业书籍对信息进行甄别，不可偏听偏信。同时，应摒除侥幸心理，对张悟本之流推崇的“偏方治大病”“秘方效果好”不予理睬。

4　结　论

当今时代，中医必须借助现代化的传播手段来帮助中医药事业发展和复兴。中医与新媒体的结合，既是机遇，也是挑战。本文初步探讨了中医在“今日头条”的传播现状，同时尚存在以下不足。其一，研究只选取了3个不同类型的账号进行分析，虽然账号均为受众广泛的“大V”，但所得结果并不能全面反映中医文化在“今日头条”上的传播情况。其二，研究未对传播内容进行更深入的分析。研究表示，“今日头条”这个平台扩宽了中医的传播内容，提供了灵活的传播形式，提高了受众的互动性，也存在着缺乏内容审核把关门槛、传播内容缺乏深度、原创意识待提高等不足。让“今日头条”更好地服务于中医药事业，可以从提高传播主体的素养、优化传播信息的环境和培养受众筛选信息的能力等方面着手。

参考文献

[1] 毛嘉陵.中医文化传播学[M].北京：中国中医药出版社，2014：20-21.

[2] 崔迪，吴舫.算法推送新闻的知识效果——以“今日头条”为例[J].新闻记者，2019(2)：30-36.

[3] 今日头条.关于我们[EB/OL].https://www.toutiao.com/about/.

[4] 郭庆光.传播学教程[M].北京：中国人民大学出版社，2011：50.

[5] 吴岩.从今日头条看自媒体发展现状[J].传媒论坛，2018，1(6)：52.

[6] 王云朋.自媒体新闻评论的发展现状与问题研究[J].新闻研究刊，2017，8(8)：63.

[7] 华汉泽.网络时代的碎片化传播[J].新闻世界，2015(12)：49-50.

[8] 陈豪，周雨花，陈容焕，等.新媒体在中医医院文化建设中的途径探讨[J].现代医院管理，2016，14(3)：89-90.

（收稿日期：2019-03-05　编辑：刘国华）

引用:王铁剑.中医药文化动漫传播研究概况[J].中医药导报,2019,25(24):77-81,86.

中医药文化动漫传播研究概况

王铁剑

(鄂尔多斯市准格尔旗龙口镇人民政府,内蒙古　鄂尔多斯　010499)

[摘要]　收集7家典型动漫网站的中医药文化动漫作品及传播信息,研究当前中医药文化相关动漫发展现状,归纳其发展特点及趋势,探讨存在问题并对未来的研究和工作进行展望;认为中医药动漫目前正处于萌芽和快速发展阶段,动漫传播表现出对中医药文化的良好适应,具有旺盛的生命力和广阔的市场前景;其结合模式的不断优化带来越来越多的高质量作品,但也不同程度的暴露出规模小、质量低、消费观众少等问题。为了促进动漫与中医药文化的有机融合,建议从加强理论研究、调查公众需求偏好、扶持优秀中医药动漫IP、培养专业人才、加强质量监管这几方面入手,引导中医药动漫可持续发展、形成良性传播循环。

[关键词]　中医药文化;动漫;结合模式;传播;概况

[中图分类号]　R2-4　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0077-05

A Survey on the Spread of Traditional Chinese Medicine Culture through Animation

WANG Tie-jian

(Longkou Town People's Government of Zhungeer Banner, Ordos Inner Mongolia 010499, China)

[Abstract]　The author collected animation works and information of traditional Chinese medicine culture of 7 typical animation websites, studied the current development status of animation related to traditional Chinese medicine culture, summarized its development characteristics and trends, and discussed the existing problems and prospected the future research and work. Chinese medicine animation is currently in the stage of germination and rapid development. The animation communication shows a good adaptation to the Chinese medicine culture. It has strong vitality and broad market prospects. The continuous optimization of its combination mode brings more and more high-quality works. However, it also exposes some problems of small scale, low quality, and consumer audience. In order to promote the organic integration of animation and Chinese medicine culture, the author proposes strengthening theoretical research, investigating public demand preferences, supporting excellent Chinese medicine animation IP, cultivating professional talents, and strengthening quality supervision, to guide the sustainable development of Chinese medicine animation and form a benign transmission cycle.

[Keywords]　Traditional Chinese Medicine culture; animation; combination mode; communication; overview

2016年12月25日,全国人民代表大会常务委员会发布了《中华人民共和国中医药法》,指出要加强中医药文化宣传,普及中医药知识,鼓励组织和个人创作中医药文化和科普作品。中医药文化是中华民族优秀传统文化的代表[1],加强中医药文化的传播,让中医药文化为更多公众所接受,就必须创新中医药文化作品[2],构建科学有效的传播渠道,将其核心价值面向大众推广[3]。

"动漫",按照通常语义的理解,就是指动画和漫画。《动画产业》一书中对动漫的定义是"动漫文化以及ACG,即动画、漫画、游戏为核心展开,其外延涉及所有带有动漫形象的事物及文化现象"[4]。动漫具有传播媒介多、受众群体广、跨界融合度高、主题内容清晰、形象周期长等特点,在文化传播方面具有天然优势[5]。目前动漫的主要受众群体为青少年及其辐射人群[6]。中国有超过4亿青少年群体,其具备情感丰富且不稳定、认知旺盛、求知欲强的特点,同时也是中医事业和文化传承的未来承担者,中医药文化需要依靠青少年群体认同、传承与发展,因此,将中医药文化渗透进广受青少年喜爱的动漫产业,以动画、漫画等形式展示给青少年群体,对于中医药文化传播具有十分重要的意义[7]。

目前,动漫凭借其出众的感染力和亲和力已经成为中国

最炙手可热的文化行业之一。如近年来,《秦时明月》《那年那兔那些事》《画江湖》《大圣归来》《大鱼海棠》等动漫作品在文化传播领域取得了瞩目成绩[8]。如今动漫也广泛应用于传统文化传播领域,“梦娃”系列公益广告、“我的老北京”系列地铁漫画、“低碳生活从我做起”(皮影戏风格)等均得到了人们的喜爱,取得了较好的传播效果,说明看似晦涩难懂的传统文化对于动漫这种生动活泼的表现形式也具有良好的适应性,这为中医药文化借助动漫形式进行传播提供了重要的借鉴。本研究通过选取7家典型动漫网站并收集中医药文化动漫作品及传播信息,研究当前中医药文化相关动漫发展现状,归纳其发展特点及趋势,探讨存在问题并对未来的研究和工作进行展望,旨在促进动漫与中医药文化的融合,为推动中医药文化动漫传播提供意见和建议。

1　研究方法与设计

1.1　*研究对象选定*　为全面选取研究对象,本次研究选取“腾讯动漫”“有妖气漫画”“网易动漫”“动漫之家”“知音漫客网”“哔哩哔哩”“快看漫画”共7家动漫平台为研究对象,以话题“中医药文化”为研究范围,截至2018年1月20日,通过关键词检索相关动漫,排除没有内容的动漫和与中医毫无关联的动漫,重点对内容充实的中医药动漫进行分析。

1.2　*研究样本选取*　研究通过《中医大辞典》[9]建立检索关键词词库,首先使用与中医药文化直接相关的关键词进行检索,包括“中医”“中药”“中医药”“中医文化”等;然后使用与中医药文化间接相关的关键词进行检索,这些关键词可以分为4小类:(1)理论类词汇,包括“天人合一”“阴阳”“五行”“寒热”“虚实”等;(2)临床应用类词汇,包括“针灸”“推拿”“拔罐”“刮痧”等;(3)药材类词汇,包括“本草”“百草”“草药”“人参”等;(4)其他类,包括代表人物、知名著作和其他,如“养生”“华佗”“张仲景”《伤寒杂病论》《黄帝内经》“杏林”“岐黄”等。

1.3　*研究数据提取*　分别采用上述检索方法和检索关键词在上述7家动漫平台检索出相关动漫作品,排除没有内容的动漫和与中医毫无关联的动漫,进行数据合并,最后建立中医药文化相关动漫作品数据库。在各动漫平台上,动漫多以类型、题材和地区分类,缺少中医单独的题材类型。所以选用关键词检索方式查找相关动漫。本研究通过中医动漫关键词,收集相关动漫作品,并记录动漫平台、检索关键字、动漫类型、动漫名称、内容简介、漫画标签、评分、人气、收藏数、点赞情况、话题数、章节数、最后更新时间、月票情况、打赏情况、动漫包含中医药内容。

本研究通过对动漫类型、最后更新时间、包含中医药内容、传播效果进行分类,探寻中医药文化动漫传播现状及发展趋势。发现传播效果较好且中医动漫融合模式较好的中医药动漫均为中药类动漫,所以重点就中药类动漫进行内容分析,探讨中药类文化与动漫融合过程中呈现出的特点和存在问题。

2　结果及分析

2.1　*研究样本概况*　本次研究共收集到相关动漫作品69部,其中漫画48部,动漫21部。时间跨度从20世纪80年代到还在制作中的动漫。去除2010年以前的动漫作品,以10话(集)为内容充实下限,以动漫完成时间节点和最近更新时间分类,对动漫数量进行统计,结果见图1。

图1　2010—2018年中医药文化相关动漫数量

从中医药相关动漫数量来看,在传统文化纷纷通过动漫扩散式传播的今天,动漫传播渠道并没有得到中医药文化的充分重视,中医药相关动漫的价值并没有得到挖掘。经过多年的作品积累,2018年仍在更新或刚刚完结的动漫作品仅有14部,近年完结的中医药相关动漫也呈现出作品数量和作品内容偏少的现状,很多存在“断更”“烂尾”等现象,可见目前中医药动漫行业的发展并不顺利,没有形成良性的产业循环,所暴露出的规模小、质量低、消费观众少等问题,不仅不利于中医药文化的传播,更会损害中医药形象,应引起重视。

从中医药相关动漫发展趋势来看,中医药相关动漫作品产量呈上升趋势,显示出中医药文化与动漫在初期磨合后,加大了彼此的融合力度。中医药动漫也在市场考验中表现出了旺盛的生命力,磨合后已经初步呈现出“井喷”的态势,大量的优秀中医药动漫作品正在涌现;而内容空洞的相关动漫于2015年以后明显下降并维持在较低水平,也说明了中医药文化正在从最初单纯追求数量转变到现在数量、质量并重的理念上来。

总的来看,中医药文化适合动漫传播,具有旺盛的生命力和广阔的市场前景,经过市场筛选,大量高质量作品正在涌现,中医药文化与动漫的结合模式正在不断优化。如今中医药动漫的供给还不能满足广大社会公众对其的需求,正处于萌芽和快速成长阶段。

2.2　*动漫内容分类*　此次研究将样本动漫按照包含中医药内容分为以下4类,分类标准见表1。

表1　动漫分类标准

类别	标准
理论类	涉及到“天人合一”“气”“阴阳”“五行”“寒热”“虚实”等中医理论类知识和学说
临床应用类	涉及到“灸法”“拔罐”“推拿”“捏脊”“刮痧”等中医应用类知识和学说
药材类	涉及到“人参”“阿胶”“艾叶”“枸杞子”“菊花”“甘草”等知识
医家类	涉及到《黄帝内经》以及“扁鹊”“张仲景”“华佗”“皇普谧”等医家或医学著作的知识

按照上述分类标准,对中医药相关动漫作品按包含中医药内容类别做分类整理。(见图2)

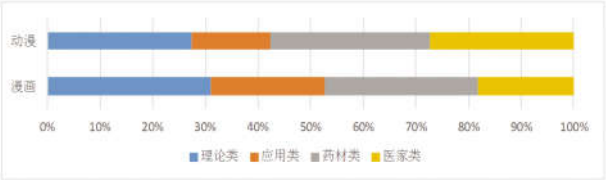


图2　不同类别中医药相关动漫统计

由上图可以看出,中医药各方面内容均对动漫有着良好的适应,其中又以理论类知识和药材类知识与动漫结合得最好。从中医药文化角度来看,应用类知识以中医临床应用为

主，拥有可用于日常保健的知识模块，这类知识辨识度高、实用性强，对有中医诊疗需求的特定人群具有很强的吸引力；医家类知识以著名国医和医学典籍为主，是包容性极强的中医药文化载体，可以作为纽带将各类中医药知识囊括融入动漫形式，增强动漫作品中中医药文化的整体输出。应用类知识和医家类知识在动漫领域应用较少，没有得到充分利用，这为中医药文化的动漫传播提供了未来发展方向。

2.3　动漫传播效果

2.3.1　动漫传播效果评价标准　动漫传播效果是评价动漫优秀程度重要的一环，确保能将动漫传达的理念、文化、价值观传达到受众的视听范围内，引起并保持他们的注意，是传播活动的基础步骤和重要环节[10]。此次研究根据传播效果评估框架[11]，主要从受众范围、参与度、转化率、情感及影响力4个角度出发，通过评分、人气、收藏数、话题数、打赏情况等一系列指标对中医药相关动漫进行传播效果分析，具体标准见表2。

表 2　中医药动漫传播效果评价标准

角度	标准	选用指标
读者范围	动漫所覆盖总人数	点击量
参与度	读者对动漫的认可程度、投入程度，以及认为动漫对自我价值实现的重要程度	评论数
转化率	内容传播最终产生的销售线索	总打赏金额
情感及影响力	读者对品牌的喜爱、情感表达、口碑等	赞

点击量指漫画被点击次数，可以反映漫画受欢迎程度，经常用来衡量漫画的吸引程度。评论是读者以文字形式对漫画作出的评价信息，主要涵盖漫画详细信息、读者的阅读体验、对产品的点评等反馈信息，是读者在阅读漫画时所体现的情感。打赏指读者如果喜欢动漫的内容，会根据心情给一笔费用不等的“小费”，一定程度上可以反映动漫取得的经济效益。赞指动漫收获的读者支持的多少，在某种程度能反映出读者对动漫的肯定和欣赏状态。将中医药相关动漫分别对点击量、评论数、打赏金额、赞进行统计，结果见表3。

表 3　中医药动漫点击量、评论数前 10 名排名

名次	点击量	打赏金额	评论数	赞
1	妙手小村医	本草仙云之梦白蛇	妙手小村医	玉医玄九天
2	玉医玄九天	妙手小村医	本草仙云之梦白蛇	妙手小村医
3	本草仙云之梦白蛇	玉医玄九天	怪医乱神	本草仙云之梦白蛇
4	怪医乱神	怪医乱神	玉医玄九天	鬼医凤九
5	鬼医凤九	本草孤虚录	鬼医凤九	怪医乱神
6	江南华佗	鬼医凤九	江南华佗	江南华佗
7	本草孤虚录	蚀影秘语	本草孤虚录	百草经
8	健男健女	新修拟人本草	百草经	本草孤虚录
9	百草经	百草经	蚀影秘语	新修拟人本草
10	蚀影秘语	江南华佗	新修拟人本草	蚀影秘语

表3中共包含动漫作品11部，通过11部漫画作品的内容进行分析，发现《妙手小村医》《玉医玄九天》《怪医乱神》《鬼医凤九》《江南华佗》《健男健女》《蚀影秘语》共计7部动漫作品中出现诸如“中医”“银针”“华佗”“养生”等词汇，故事脉络和理念价值观却与中医药毫无关联，多为崇尚“物竞天择、适者生存”的冒险精神和丛林法则。这些漫画将辨识度高的中医药词汇进行简单套用，而对真正中医药知识闭口不提，并没能体现中医药文化内涵。《本草仙云之梦白蛇》《本草孤虚录》《百草经》《新修拟人本草》4部作品把中医药内容溶于漫画，漫画中大量出现中药性味、功效、临床应用及外形特点等知识，读者可以通过动漫满足自身中医药知识的渴求，但这些动漫故事情节中流露出的中医药文化不多，没能运用特色中医药知识使动漫作品做到中医药化、差异化，将漫画根植于中医药文化来提升文化内涵，创造更高的价值。其中只有《本草仙云之梦白蛇》在4类指标排名中均取得了前5名，可见目前中医药知识与动漫的结合模式还很粗糙，知识运用也略显生硬，文化体现手段较为肤浅，更多优秀结合模式还有待探索研究。

2.3.2　传播效果与题材类型　为进一步探究中医药文化动漫传播时采用的题材类型，对上述11部动漫作品的题材和类型进行统计，结果见表4。

表 4　部分中医药动漫题材类型明细表

作品名称	题材	类型
妙手小村医	少年、爆笑、生活、都市、后宫	故事漫画
玉医玄九天	玄幻、爆笑、恋爱	故事漫画
本草仙云之梦白蛇	少年、魔幻、爆笑、玄幻、后宫	故事漫画
怪医乱神	爆笑、都市、节操	故事漫画
鬼医凤九	古风、玄幻	故事漫画
江南华佗	少年、生活、都市	故事漫画
本草孤虚录	少女、魔幻、青年、历史	故事漫画
健男健女	少年、生活	四格多格
百草经	少女、生活、爆笑	绘本
蚀影秘语	少女、魔幻、恋爱、动作	故事漫画
新修拟人本草	少女、生活、萌系	绘本

从表4可知，传播效果好的动漫作品大多采用故事漫画类型，仅有少量四格多格和绘本漫画。这一方面是由于故事漫画有较为明显的故事主线，生动连贯的情节[12]更易吸引读者，似读者亲身经历一段段不同的人生；另一方面也由于科技进步和社会变迁带来的时代新风貌给予了故事漫画创作的沃土。但这并不代表绘本动漫和四格多格不适合中医药文化，绘本使用大量图画搭配极少文字，把原本晦涩内隐的文化带到了大众面前，尤其是孩子们的面前，是发达国家家庭首选的儿童读物，国际公认“绘本是最适合幼儿阅读的图书”[13]，可见绘本其实可以是中医药文化向儿童传播的重要媒介。四格多格动漫短小精悍，可以采用了灵活多变的形式表达作者对事物的认识，尤其适合当今盛行的“快餐文化”[14]，中医药文化可以通过四格多格动漫将庞杂的中医知识打散，让人们在几分钟的时间碎片了解中医药知识，或者直接截取中医代表性符号、标志进行动漫处理，形成类似“我的老北京”的中医动漫面向全体社会公众进行海报宣传，来推动中医药知识全面深入地传播。

从题材来看，爆笑、生活、少年、恋爱、动作等动漫题材久经市场考验，对于中医药文化传播都是不错的选择。这些题材贴近公众日常生活，增强读者代入感的同时让传统中医药文化更“接地气”，让中医药知识变得浅显易懂，轻松娱乐之中宣扬中医药文化的理念和价值观，如《葫芦响叮当》以都市日常生活为切入点科普中医基础知识，每集以诸如“人身小

宇宙，宇宙大人身”“通天下一气耳”等朗朗上口的短句来概括天人合一、气等涉猎庞杂的深文奥义，对该集知识进行总结升华，对中医药文化的动漫碎片化传播有重大的启示意义。

2.3.3　中医药文化传播分析　研究认为，中医药文化具有很大隐性特征，很大程度上体现着广大中医人的态度、理念、信仰、价值观。这就要求其在传播过程中利用一定载体——中医药知识，通过将庞杂繁复的中医药知识碎片化嵌入到短小精悍的动漫之中传播向受众，运用碎片化的中医药知识构建受众中医药知识体系，通过构建受众中医药知识体系使受众自行升华理解中医药文化，这是中医药文化传播的关键三步。为了走好这关键三步，笔者结合此次研究结果提出以下观点——知识碎片、文化整体。

对表4中11部动漫进行分析，发现其中《百草经》《新修拟人本草》《健男健女》均为科普性地全方位介绍中药知识，从表3可看出传播效果较差；其余动漫作品则是通过故事主线将中医知识一点点加入到动漫中，或者挑选诸如“针灸”“推拿”等极具特色的中医诊疗全程伴随故事主线，传播效果较好。可见对于体系繁复、知识庞杂的中医理论而言，并不适合做“大杂烩”式传播，“大杂烩”难以体现中医药特色，使动漫缺乏专一性和差异性，无法快速准确吸引受众并产生黏性，局限了动漫IP的创意和发展。中医内容在动漫传播时，应将中医药知识进行碎片化处理，挑选受众喜爱并能为构建中医药知识体系的知识碎片做好前期运营，再逐渐向受众灌输完整的中医药理念。

对表4中11部动漫进行研究，发现普遍存在对中医药知识的歪曲和浅显借用等现象，这一方面是因为社会公众对中医药知识的广泛需求和作者对中医药专业知识的匮乏供给的矛盾；另一方面可能由于中医药知识需要广泛的知识储备和深刻理解，而中医药专业知识隐性晦涩、知识关联度高、理念形成期长。这就对中医药文化的动漫传播提出了新的要求，在将中医药知识碎片化进行动漫传播的同时，一定要注重中医药价值观、理念的整体输出，才能让社会公众在满足中医药广泛需求的同时对中医的认识不产生歪曲错位，避免出现“变质”的中医药知识，因为这不仅会对中医药形象造成损害，还会损害公众身体健康。

2.4　药材类动漫内容分析

2.4.1　药材选用　对涉及药材类中医药知识的26部动漫进行统计，发现共使用药材总量102种，不重复药材种类55种，可见大部分药材类动漫都会涉及多种中药材，涉及到的中药材种类也多有重复。在这里列举出使用次数不少于3次的药材及使用次数，具体见表5。

表5　药材类漫画中药使用情况

排名	药材名	使用次数
1	人参	18
2	当归	7
3	何首乌	6
4	枸杞	5
5	三七	4
6	大枣	3
7	冬虫夏草	3
8	灵芝	3

根据表5，排名前8的中药材使用次数总计达49次，占使用药材总次数的48.04%（49/102），可见药材类动漫对药材的选取存在一定规律，会经常选用一些特定的药材来获取读者的亲近感。

观察表5中的8种中药材，均为在民间广为流传的带有滋补性质的中药，其中三七为止血药，灵芝为养心安神药，其他都属于补虚药。而自古誉为“百草之王”“滋阴补生，扶正固本”之极品的人参被选用18次，高居榜首，遥遥领先于其他中药的选用频数。研究认为这一方面与近年来社会公众对中医的需求也逐渐从中医诊疗向中医“治未病”“亚健康”转变有很大关系；另一方面也因为人参形态似人，与其相关的传说故事在民间广为流传，带有浓郁的文化色彩和深厚的传播基础，为作者的创作空间提供了诸多的便利条件。由此可见，社会公众对于生命质量的追求也极大地影响了药材类漫画对于中药的选定，滋补类中药材在漫画形象中的选用更广泛。

众所周知，滋补类中药与中医养生文化密切相关。为了进一步研究中药类漫画对于中药的选择，研究根据药食同源原料目录（2017版）[15]对中药进行分类，得到图3。

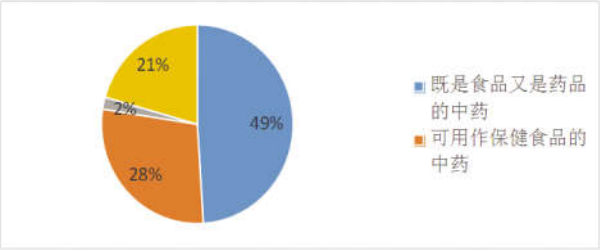


图3　药材类漫画药材选用次数

根据图3，发现药材在社会公众日常生活中的使用程度以及药材功效和临床应用对漫画中药材的选定有着很大的影响。诸如大枣、枸杞、花椒等中药，虽然价格低廉，但在民间广为流传、使用频繁，社会公众对其有着强烈的亲切感，选用这些中药不仅拉近了动漫与受众的距离，更可以让受众学以致用，切实发挥中医“重调理、重平衡”“治未病”的作用；而人参、冬虫夏草、灵芝等中药是传统的名贵滋补类中药，功效强大却使用不多，为它们披上了一层神秘的面纱，公众对这类中药有着强烈的好奇心和求知欲，选用这些中药可以根据受众需求“对症下药”，快速吸引读者阅读兴趣，通过介绍名贵中药让“远在天边”的中医药文化“近在眼前”。

当然，在药材类动漫以中药为切入点传播中医药文化的过程中也出现了一些问题。一是中药类动漫大多以介绍中药或使用中药为其主线，却忽略了中药文化的关键作用。只谈中药而不谈文化，就像只关注问题表象而忽略本质，极易让公众对中医药的认识停留在表层，无法形成系统知识体系，这对中医药文化的传播是极为不利的。二是中药类动漫很少会涉及中药的临床使用方式。中药类知识属于医药健康类信息，传播是具有风险性的，仅仅粗浅的为中药贴上“清热利湿”“回阳救逆”等标签，而不把“人”“病”“症”作为整体统一起来，并不能正确指导公众用药，“重理论、轻实际”这样片面的传播方式是不可取的。

2.4.2　中药知识传播方式　观察发现，药材类动漫主要采取两种方式介绍中医药知识。一种为单纯文字图片介绍中药性味、归经、药效等内容，另一种是将中药拟人化，通过中药行为活动体现中药特点和中药文化。从取得的传播效果来看，

中药拟人化的动漫作品取得的传播效果明显优于单纯介绍中药知识的作品,表明广泛应用于教学的文字图片理论讲解形式并不适合动漫传播,而应通过动漫将中医内容融于日常,贴近公众传播其急需的中医药知识,引导其感受中医药理念价值观。

而在动漫通过中药拟人传播中医药知识的过程中,中药内容的传播手段也不尽相同,主要存在3种手段:(1)如《新修拟人本草》以日常生活为切入点,主要通过带有中药外观特征的"中药娘"科普自身药性、药效等;(2)如《本草孤虚录》架构属于人、疾病、中药的世界,通过作者单独创造的世界观(中药与病魔斗争)和每章固定的百科栏目宣传中医知识;(3)如《本草仙云之梦白蛇》对《白蛇传》广为人知的神话传说进行改编,通过故事情节发展(药王与病魔战斗)和"草药娘"的外貌、生活习性和性格特点来体现中药知识。从传播形式来看,3种传播形式并无高下之分,各有千秋:生活中去科普中医药知识,制作难度小,容易根据读者中医知识需求提供针对性解决方案,但文字过多并不利于动漫阅读,碎片化知识升华中医药文化难度较大,情节安排不合理会影响动漫连贯性、对读者持续吸引能力;独自架构符合中医药文化价值观的世界,推进引人入胜的情节,对作者能力要求高,但由于其世界独立、如一张白纸任由墨迹挥洒,所以更易体现中医药文化;对深入人心的传说进行改编,原著的故事框架既会便利情节的展开,也会局限作品创意,利用中医文化与原著形成差异也更容易为读者留下深刻印象。可见中医药文化动漫传播更应该根据各种传播手段特点综合考量自身爱好、能力和时间精力,选取更易成功的手段。

3 结论和建议

3.1 结论

3.1.1 中医药文化可以良好适应动漫传播途径 从蔡志忠国学漫画开始,武侠文化、儒家文化、地方民俗等中国传统文化早已通过动漫取得了良好的宣传效果,也为其他传统文化如何通过动漫渠道推广提供了成功范式。从中医药动漫近几年发展趋势来看,中医药文化经过初期的迷茫,已逐渐找到了与动漫的结合点,并开始了稳步发展,并涌现出一批优秀的中医药动漫。优秀中医药动漫在推广中医文化的同时,也取得了优异的经济效益和社会效益。动漫正在突破受众的年龄界限,开始面向广大社会公众推广专业性极强的中医药文化,表现出中医药文化对动漫的良好适应。

3.1.2 中医药文化动漫传播缺乏科学理论的指导 中医药文化可以良好适应动漫传播途径,但这并不意味动漫可以将庞杂的中医药文化拿来即用。从本次研究来看,中医药动漫由于处在萌芽阶段,一直在"摸着石头过河",长期处在市场高压下却没有科学的理论指导,进步缓慢,大多都是凭借兴趣爱好艰苦求生,这对中医药动漫的发展是极其不利的。诸如中医药文化使用动漫传播的手段,中医药文化适合动漫传播的知识模块、与动漫的融合模式、不同题材针对的不同受众群体和不同受众应传播到达的深度等问题都需要相关人士开展专项研究,来做好动漫传播的前期准备工作,为中医药动漫提供指导,才能帮助中医药文化用好动漫这把"利刃",使正确的中医药文化理念价值观向广大的青少年人群传播。

3.1.3 中医药文化动漫目前难以体现中医药文化 从本次调查收集到的中医药动漫作品来看,大部分中医药动漫作品或是浅显借用中医药词汇,或是盲目堆砌中医药知识"填鸭式"灌输,只有极少数如《葫芦响叮当》的动漫作品,可以利用筛检提炼后的中医药知识来升华进而宣扬中医药文化。隐性的中医药文化传播需要中医药知识作为载体,但盲目堆砌或是浅显借用中医药知识不仅不能使受众建立全面中医药知识体系,更谈不上升华为中医药文化。这就需要从选择代表性中医药知识出发,通过动漫表现知识、连接知识,由点到面形成中医药知识体系,才能以体系为基础传播中医药文化。

3.1.4 中医药文化没有足够重视动漫传播途径 从本次研究看,中医药动漫数量较少、总体质量不高以及文化误读等现象,均显示出中医药文化并没有足够重视动漫传播渠道,这与其他传统文化与动漫的产业联动形成优势互补实现共赢大相径庭。中医药文化作为中医药事业跨越式发展的核心、中医药面向社会公众的重要窗口,有必要构建全面动漫传播体系,将理论、应用、药材、医家等方面知识全面与动漫融合、将完整中医药文化理念、价值观向社会公众展示,不仅有利于公众建立完善中医知识体系来提高自身生命质量,更能以此为契机为中医药事业建立广泛的社会基础来推动中医药事业的发展。

3.1.5 中医药文化缺乏优秀IP和专业人才的引领 市场只会留下优秀的动漫IP,优秀的动漫IP一定是专业人才耗费精力培育而出的。观察此次收集到的数据,作者大多出于兴趣爱好从事中医药文化动漫的创作,专业水平和时间精力均难以达到标准,一旦得不到市场的良性反馈就开始自暴自弃,不仅打击了自身传播中医药文化的积极性,也损害了中医药文化动漫传播的形象。目前中医药动漫优秀IP较少,加大力度创立并扶持优秀中医药动漫IP来形成"明灯",吸引市场资本和人才的进入,是中医药文化动漫传播可持续发展的重中之重。

3.2 建议

3.2.1 完善中医药文化与动漫产业融合模式研究 中医药文化作为一种专业性极强的传统文化,以往在通过中医药相关诊疗、教学、书籍等专业性较强媒介传播的同时,也通过广播、互联网、电视等大众传媒进行传播。与其他传播形式相比,动漫的"创意"使之具有与中医药更多的结合可能。但如今中医药与动漫的结合模式种类还略显匮乏,因此要构建中医药特色传播渠道,对新型产业融合模式的探索必须作为基础性工作尽快开展。加快建立以中医药文化为核心、市场为导向、产学研相结合的动漫传播体系,引导资本要素和文化要素向动漫集聚,使动漫成为中医药文化传播的载体。

3.2.2 开展不同社会公众对于中医药文化的需求偏好研究 中医药文化动漫想要取得良好的传播效果,需要迎合社会公众的偏好,针对性满足社会公众对于中医药知识的需求。中医药知识类别众多,更与中国传统文化紧密相连。动漫的受众正从青少年及其辐射人群迅速向全年龄段社会公众扩张。一面是不同年龄段公众对于不同类别中医药知识不同程度的需求偏好市场,一面是内容庞杂、类别众多的知识库供给,需要开展不同社会公众对于中医药文化的需求偏好研究,将中医药知识供给和市场不同需求偏好连接,才能分门别类针对青少年、中年、老年等不同人群构筑迎合各类公众需求,符合其偏好的中医药知识库,增强中医药动漫的差异性和专一性。

3.2.3 把握中医药知识碎片化和整体化尺(下转第86页)

综 述

引用:王诗恒,郭海燕,董臻,党迎迎,刘剑锋,秦培洁.民间医药治疗糖尿病的文献研究[J].中医药导报,2019,25(24):82-86.

民间医药治疗糖尿病的文献研究*

王诗恒[1],郭海燕[2],董 臻[1],党迎迎[1],刘剑锋[1],秦培洁[1]
(1.中国中医科学院中国医史文献研究所,北京 100700;
2.中国中医科学院研究生院,北京 100700)

[摘要] 通过检索民间治疗糖尿病的相关文献,发现民间治疗糖尿病的医药数量多,包括单味中草药及内服和外用类验方,且疗效尚佳,能够为临床治疗糖尿病提供一定的借鉴意义和参考价值,但民间治疗糖尿病的相关文献多为药物疗法,非药物疗法的文献数量较少,今后还需加强对民间非药物疗法的研究。

[关键词] 民间;中草药;验方;糖尿病;文献研究
[中图分类号] R255.4 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2019)24-0082-05

Literature Research on Folk Medicine for Type 2 Diabetes

WANG Shi-heng[1], GUO Hai-yan[2], DONG Zhen[1], DANG Ying-ying[1], LIU Jian-feng[1], QIN Pei-jie[1]
(1.Institute of Chinese Medical History and Literature, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China; 2.Graduate School, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China)

[Abstract] Through searching the related literature on folk treatment for type 2 diabetes, it is found that there are a large number of literatures, including single Chinese herbal medicine, internal and external medicine, and the curative effect is good, which can provide certain reference significance and value for clinical treatment of diabetes. However, the related literature on folk treatment for type 2 diabetes is mostly drug therapy, and the number of non-drug therapy literature is relatively small. In the future, it is necessary to strengthen the research of non-drug therapy.

[Keywords] folk; Chinese herbal medicine; prescription; type 2 diabetes; literature research

糖尿病是以高血糖为特征的一种代谢性疾病,可以导致人体的组织,特别是眼、肾、心脏、血管、神经的慢性损害和功能障碍。常伴有糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗状态、糖尿病肾病、糖尿病视网膜病变、糖尿病神经病变、糖尿病性下肢血管病变、糖尿病足病等多种并发症,严重影响人民的生活健康甚至威胁生命安全。在我国,随着城市化进程的加快、人口老龄化、超重肥胖率的增加和中国人的遗传易感性,糖尿病的发病率逐年增加,已经成为降低人民生活质量,威胁人民生命健康的一大类疾病[1]。目前治疗糖尿病的主要方式是口服降糖药、注射胰岛素、医学营养治疗等。口服降糖药虽然效果较好,但是长期服用极易产生药物依赖性,同时副作用大,不能有效控制并发症,不宜长期服用[2],医学营养治疗要求严格控制饮食和糖摄入量,长期易导致营养不良,代谢手术易出现出血和消化道瘘等并发症,造成消化系统的功能损伤。而在我国民间,有许多治疗糖尿病及其并发症的方法,具有疗效较好,副作用小的特点,长期为广大群众所接受及应用。因此,本文就民间医药治疗糖尿病及其并发症的现状进行综述,以期为临床治疗糖尿病提供更多参考。

1 单味中草药

民间传统医药中有许多治疗糖尿病的中草药,通过检索文献数据库,发现许多民间中草药治疗糖尿病的文献,通过总结归纳,对几种常用的民间中草药的药理和临床疗效进行论述。

翻白草[3-5]:民间常用的一种治疗糖尿病的中药,药理研究证明翻白草含鞣质及黄酮类化合物,其中醇提物正丁醇萃取物和大孔树脂乙醇洗脱部位能有效降低血糖活性。刘为民等用翻白草晒干煎服治疗2型糖尿病患者18例,半年后总有效率达到100%;刘仲慧等将翻白洗净后用开水泡服使用1个疗程,治疗10例2型糖尿病患者,疗效较好。

*基金项目:中国中医科学院自主选题(zz100511),项目名称:糖尿病的民间传统疗法研究
通讯作者:刘剑锋,E-mail:1285410105@qq.com;秦培洁,E-mail:897715911@qq.com

芙蓉菊[6]:广东民间药物,具有祛风湿、消肿止痛的作用。现代药理学研究发现芙蓉菊70%乙醇提取物中的东莨菪素、柯伊利素、粗毛豚草素、万寿菊黄素-3,6,7-三甲基醚等对α-葡萄糖苷酶活性均有较强的抑制作用,分离出的芙蓉菊寡糖对人体胰岛素的分泌有促进作用。

番石榴[7-8]:原产于美洲,在我国南方地区广泛种植,具有清热解毒、燥湿健脾的功效。现代药理实验表明,番石榴叶中黄酮化合物槲皮素-3-O-(6″-阿魏酰基)-β-D-吡喃半乳糖苷、槲皮素、倍半萜类化合物(Psidials B, Psidials C)等成分有明显的降糖作用,同时富含维生素C及微量元素,能有效保护胰岛细胞、调节胰岛素释放和糖代谢。

余甘子[9]:是藏族常用民间药物,具有清热解毒、收敛养血的功效,常治疗高血压、糖尿病。现代药理研究证明余甘子中没食子酸能够增强胰岛β细胞的再生,可以显著降糖尿病大鼠的血糖水平。

潺槁树[10-11]:樟树科植物,主要分布于广东、云南等地区,具有清利湿热、消炎抗菌、降血糖的功效,主治糖尿病及其造成的各种感染。PALANUVEJ等研究发现2%潺槁树叶的黏液混悬剂的葡萄糖释放百分比可以达到80.6%,0.5%潺槁树叶提取物的混悬剂对α-葡萄糖苷酶的抑制率达到41%,对α-葡萄糖苷酶有明显的抑制作用;MANDAL等研究发现潺槁树皮提取物对金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、大肠杆菌等革兰阳性菌的活性有显著的抑制作用,能够有效抵抗糖尿病引起的细菌感染。

白子菜[12]:又名土田七、富贵草,分布于贵州、四川、广东、广西等地,具有清热凉血、活血止痛的功效,在民间常用白子菜茎叶冲茶服用。药理研究表明白子菜中的95%乙醇提取物和菜鲜样水提物具有很好的降血糖效果,其中1.50 mL/kg 95%乙醇提取物的降血糖效果优于格列本脲。

灯台树[13]:分布于广西、云南的一种药用植物,具有清热解毒、消肿止痛的功效。现代药理研究证明灯台树叶乙醇提取物含有槲皮素和葡萄糖苷,可以降低血糖、血脂和糖化血红蛋白水平,抑制血糖的活性。

荨麻[14]:一种民间常用草药,具有增强免疫力、抗炎、抗风湿、降血糖和降血脂和延缓衰老的功效。近年对其降血糖作用的机制研究表明,荨麻可以刺激胰岛β细胞分泌胰岛素、发挥类胰岛素的作用、保护胰腺细胞、抑制α-糖苷酶活性,有效降低总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇和甘油三酯的水平,减少糖尿病并发症的发生。

匙羹藤[15]:分布于我国南方,具有降血糖、降血脂和抑菌的作用。现代药理研究发现匙羹藤提取物具有明显的降血糖作用,其降血糖的机制主要是保护胰岛β细胞,刺激胰岛素的分泌,增加葡萄糖的利用,抑制肠道葡萄糖的吸收,增强胰岛素介导葡萄糖摄取酶和磷酸化酶的活性,降低山梨醇脱氢酶和糖异生酶的活性。

除以上草药外,还有很多治疗糖尿病的草药如金丝草、大蒜油、布渣叶等。

2 验 方

民间有许多治疗糖尿病的验方,通过检索文献数据库,对相关文献进行筛选和总结归纳,将其分为内服和外用两大类,并纳入有代表性的验方及其临床疗效进行论述,还有一些验方由于资料缺失,药物和用量不全,故不纳入。

2.1 内服 三消降糖汤[16]:葛根30 g,天花粉30 g,山药30 g,麦冬30 g,生地黄15 g,茯苓15 g,黄连15 g,党参20 g,黄芪30 g,紫河车30 g。水煎服,忌烟、酒、茶、糖。临床当根据辨证论治原则加减用药。张祖明等用此方治疗16例糖尿病患者40 d,痊愈率为68.75%,有效率为87.50%。

棕榈子方[17]:取霜棕榈子,每日煎服30~60 g,代茶饮,1个月为1个疗程,忌肥甘厚腻和糖。

马齿苋方[17]:干马齿苋100 g,煎服,早晚各饮1次,适用于糖尿病阴虚燥热型,特别是对2型糖尿病初起和未服用过西药的患者疗效显著。

僵蚕散[17]:取适量僵蚕研成细末冲服,饭前服,3次/d,2 g/次,2个月为1个疗程。

番石榴汤[18]:鲜番石榴60 g,鲜玫瑰茄3 g,鲜乌梅3 g,紫丹参30 g。气虚痰阻型加麸炒白术10 g,太子参30 g;阴虚火旺型加天花粉30 g。煎煮前先浸泡15 min,1次/d,1个月为1个疗程。桂永洪等使用此方治疗14例2型糖尿病患者,总有效率为92.8%。

食疗方1[19]:(1)取鲜菠菜根250 g,大米50 g,鸡内金10 g,同煮0.5 h做成粥,可生津止渴养胃;(2)取荔枝核研末,每日饭前服用10 g,3次/d或冬瓜皮15 g,西瓜皮15 g,天花粉15 g,水煎服,有清热利湿、生津止渴的功效,治疗2型糖尿病口渴、尿浊;(3)黑木耳、白扁豆研末,用水冲服,每日服9 g,1次/d,可益气和胃、清热祛湿,改善糖尿病症状。

食疗方2[20]:核桃2个,黑豆、黄豆各14粒,花生米7粒,大枣7枚,鸡蛋2~3个,将上述食材放入锅内,加适量水,炖,水开后取出鸡蛋,去皮,放回锅内继续炖约0.5 h,取出带汤吃下,1次/d。

翻地还五汤[21]:翻白草60 g,黄芪30 g,地骨皮、牛膝各15 g,当归尾、地龙、川芎、赤芍、桃仁、红花各10 g。可益气养阴,活血通络,主治糖尿病肢体动脉闭塞症,能促进患肢血液循环,减轻动脉狭窄,加速溃疡愈合。

九龙降糖方[22]:翻白草、苍术各12 g,葛根、仙鹤草各15 g,龙胆、茯苓、丹参、黄芪各30 g,生地黄、党参各20 g,知母、五味子、山萸肉各10 g,山药9 g。瘀阻较重者,加枳壳10 g,赤芍、泽泻各12 g;有食滞者,加鸡内金12 g,神曲10 g;气阴两伤者,加乌梅9 g,太子参15 g,同时配合针刺脾俞、肾俞、胃脘下俞、足三里、三阴交、太溪治疗,具有清热解毒、化痰祛湿、祛瘀生新的功效,主治2型糖尿病伴高血脂症。

翻白草合剂[23]:翻白草50 g,五味子6 g,苍术、白术、何首乌、葛根、益母草、地骨皮、决明子各15 g,天花粉、黄芪、山药各30 g。有健脾益气、养阴清热、活血祛瘀的功效。邵长平等用其治疗80例2型糖尿病患者,有效率达到100%。

复方翻白草汤[24]:翻白草、黄芪、太子参、山药各15 g,麦冬、枸杞子各12 g,覆盆子、丹参、黄精、石斛、生地黄、山萸肉、

毛冬青各10 g,玉米须20 g。罗学林等把60例2型糖尿病患者分为复方翻白草汤治疗组和注射胰岛素对照组,治疗1个月后治疗组总有效率为93.3%,对照组为83.9%,复方翻白草汤组疗效优于注射胰岛素组($P<0.05$)。

老方19则[25-26]:(1)石斛、天花粉各15 g,麦冬12 g,生地黄、玄参各20 g,山药、黄芪各30 g,知母、苍术、黄柏各10 g。水煎服,如服用10剂后尿糖不降,加山萸肉10 g;如血糖不降,加丹参15 g,桃仁12 g;如血压升高,加石决明30 g,白蒺藜10 g。(2)取松树二层皮30 g炖猪骨,水煎服,1次/d。(3)石菖蒲30 g,天花粉6 g,黄连15 g,混合研末,10 g/d。(4)菟丝子15 g,山药、五味子各10 g,茯苓、莲子肉各6 g。水煎服,1次/d。(5)生地黄、黄连各15 g。水煎服,1次/d。(6)降糖方:黄芪、炒白扁豆、葛根、玄参各15 g,白术、茯苓各10 g,山药30 g。水煎服,1次/d。(7)参蛤降糖散:蛤蚧2对,人参25 g,生地黄、天花粉、山药、黄芪、黄精、桑葚、生石膏各100 g,天冬、白术、葛根、山萸肉、枸杞子各50 g。研末,每2.5 g装成胶囊6粒,3次/d,12粒/次,主治胰岛素非依赖性2型糖尿病。(8)复方陈皮汤:陈皮、山药、天花粉、黄芪各15 g,牛大力30 g。水煎服,1剂/d,适用于成年稳定性2型糖尿病。(9)消渴方:降香1份,天花粉2份,研末冲服,3次/d,9 g/次。(10)黄芪50 g,黄连、泽泻20 g,红参10 g。水煎服,2次/d。(11)黄芪30 g,山药20 g,黄精18 g,麦冬15 g,肉桂、五味子各4 g。(12)养阴降糖汤:生地黄、葛根、山药、玉竹、黄精各15 g,绿豆、赤小豆、穞豆各30 g,天花粉10 g。(13)黄芪、山药、党参、葛根、焦白术各15 g。水煎服,早晚各1次,忌甜食。(14)加味玉液汤:山药50 g,黄芪30 g,知母、玄参、葛根、山萸肉、天花粉各20 g,五味子、苍术各15 g,甘草10 g。(15)肉桂、黑顺片、山萸肉、人参、白术各12 g,桑螵蛸、巴戟天、覆盆子、金樱子、补骨脂各9 g,鹿角粉、炙甘草各6 g,芡实、山药各30 g。主治2型糖尿病虚寒者。(16)复方荔枝花汤:鲜干荔枝花(保存花粉)30~50 g,猪膀胱1个,加水1500 mL炖熟,吃膀胱饮汁,1剂/d。鲜干荔枝花30 g,五味子、牡丹皮各10 g,山药、玉米须各30 g,桑葚15 g,天花粉15~30 g。1剂/d,水煎服,3次/d。二方交替饮用,20 d为1个疗程。(17)黄芪、山药、白术、枸杞子各15 g,以水4碗煎成2碗,祛除渣滓再加猪横肋1根,煎成1碗。1剂/d,连服10 d,有效,改为3~7 d服1剂。(18)生地黄、黄芪、丹参、玄参各30 g,苍术、葛根各15 g。主治糖尿病气阴两虚型。(19)黄连降糖散:黄连、党参各1份,泽泻、天花粉各2份,开水冲服。

益肾降糖方[27]:当归、茯神、牛膝、西洋参、巴戟天、熟地黄、锁阳、蜜黄芪各12 g,女贞子、炮附片、车前子、远志各6 g,五味子、续断片、龙骨、山药、谷精草、鹿茸、肉苁蓉、龙眼肉各9 g,龟甲、黄精、党参各30 g,覆盆子、枸杞子各15 g,红枣120 g,大海马、蛤蚧各1对。上药研末,水冲服,早晚空腹各1次。祁颖欣把129例2型糖尿病患者分为益肾降糖方组和优降糖片组,结果显示益肾降糖方组总有效率为91.5%,优降糖片组为87.1%,益肾降糖方组疗效优于优降糖片组($P<0.05$)。

猪胰蛇蜗散[28]:取猪胰15 g,地龙、水蛇、蜗牛各5 g,研末,以黄芪、柿树叶各30 g煎汤送服,饭前服,3次/d。张万能用此方治疗60例非胰岛素依赖2型糖尿病患者,痊愈8例,显效26例,有效15例,总有效率达到98.33%。

云南验方1[29]:翻白叶15 g,鬼针草15 g,菟丝子藤15 g,大枣5枚.水煎服,1次/d。

云南验方2[30]:猪胰1个,山药30 g,山药切片,炖烂服用,每日或隔日服1次。

2.2 外用 茶叶水泡脚法[31]:取绿茶叶100~150 g,加水3000 mL,煮沸,停5 min后过滤茶叶,留水备用。取茶叶水2000 mL加热到35~40 ℃泡洗1~3级糖尿病足20~30 min,中途加备用的热茶水,保持恒温,边洗边清除坏死组织。如果有茶垢及时用生理盐水清洗,注意避免过度清洗,浸泡时活动各趾关节,以促进血液循环,用清洁毛巾擦干,再用今福生喷雾剂喷创面,2次/d。覃焕玲等使用茶叶水泡脚法治疗60例2型糖尿病足患者,有效率达到100%。

糖尿病足方1[32]:丝瓜络、苏木、黄芪各30 g,当归、生川乌、鸡血藤各15 g,川牛膝、地龙、桃仁、红花各10 g。经脉微寒者,加附子10 g,独活15 g;有热毒者,加蒲公英、紫花地丁各30 g;有剧烈疼痛者,加乳香、没药各10 g。煎煮后熏洗患足。陈位英用此方治疗38例早期糖尿病足患者,与38例常规治疗的患者作比较,在症状改善方面,明显优于常规治疗组($P<0.05$)。

糖尿病足方2[33]:桃仁、红花、川芎、乳香、没药、丹参、鸡血藤、牛膝、桑枝、威灵仙、延胡索、伸筋草、路路通、透骨草各30 g。煎煮后熏洗患足。曾庆伟等把40例0级糖尿病足患者分为本方治疗组和对照组,结果显示治疗组总有效率为92.5%,对照组总有效率为50%,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

糖尿病足方3[34]:络石藤、海风藤、鸡血藤、钩藤、路路通、威灵仙各30 g。瘀血痹阻型加丹参、桃仁、红花各20 g;阳虚寒凝型加桂枝、细辛、附子各30 g。煎煮后熏洗患足。周卫国等治疗30例0级糖尿病足患者,与基础治疗的30例患者作比较,治疗组总有效率为93.3%,对照组为63.3%,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

糖尿病足方4[35]:桂枝、艾叶、独活、白芷、伸筋草、五加皮、海桐皮、紫苏叶研末,用米醋调成糊状,外敷患处。于雪芬等用温经通络散治疗2型糖尿病足患者40例,与对照组作对照,结果显示温经通络散组有效率为92.5%,对照组有效率仅为50.0%,温经通络散组疗效优于基础治疗组($P<0.05$)。

糖尿病足方5[36]:取适量大黄、生石膏、乳香打成细粉,用生理盐水调糊敷于患处。孟艳娇等把60例热毒壅盛型2级B期感染性糖尿病足溃疡患者分为乳酸依沙吖啶常规换药+清热解毒方治疗组和乳酸依沙吖啶对照组各30例,结果显示治疗组总有效率为93.33%,对照组为73.33%,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

糖尿病足鸡眼方[37]:取生半夏(或法半夏)、肉桂、丁香各5 g,研末,温水调成稠膏,涂抹于患处,外盖纱布,胶布固定。

3 讨 论

目前我国糖尿病患者的数量位居世界第一,2型糖尿病是严重影响国民健康的一大疾病,西医主要的治疗方法是口

服降糖药和注射胰岛素，虽然疗效较好，但是副作用大，易产生耐药性和糖尿病足等并发症，整体疗效不令人满意[38]，因而开发疗效好，副作用小，并发症发生少的治疗方法是医学界的共同目标。

通过对检索到的民间医药治疗糖尿病的文献研究发现，民间存在数量较多的治疗糖尿病及其并发症的中草药和验方，且疗效较好，对比西医治疗安全性较高。同时所用药物多是来源于生活常见动植物以及食物，药物采集和使用方法较方便，相比西医治疗具有简便快捷、价格低廉的优点，更接近于生活和大众百姓。但是研究发现民间治疗糖尿病的文献多为药物疗法，非药物疗法的文献数量较少，今后需要多开展非药物疗法治疗糖尿病的相关研究，丰富相关文献。

经笔者团队在各地的调研发现，民间疗法得到民众广泛认可，具有良好的口碑和广泛的群众基础。然而，目前民间疗法还存在以下局限：开发利用不够，许多验方已失传亡佚或濒临消亡；民众认知度还不够，大部分民间方药只局限于相对狭小的某个地区，服务于本地人民，得不到良好的传播和发展；现代文献数量特别是应用现代科研方法研究民间医药的文献数量少，缺少大量研究其有效性和安全性的高质量临床研究；现存的民间疗法治疗糖尿病的文献，还是以药物治疗为主，非药物疗法的文献少，资料不完整，大部分仅简单提及名称和疗效，未对具体治疗方法做描述，缺少临床研究证据；多为医生临床经验，缺少理论依据，未上升到理论高度。这些局限性增大了对民间疗法的传承保护和深度开发的困难，阻碍民间疗法被医学界普遍认可和临床推广。因此，今后还要对民间疗法进行深入研究，加强保护和继承开发；严格按照现代临床实验标准，进行更多高质量的临床研究，深入研究其临床疗效和安全性；挖掘非药物疗法，丰富民间医学治疗糖尿病的多样性；总结临床经验，寻找理论依据，争取将经验上升到理论，形成完整的理论体系。

综上所述，民间医学治疗糖尿病疗效较好，由于目前的文献质量较低，还需更多高质量的研究对其有效性和安全性进一步验证。

参考文献

[1] 中华医学会糖尿病学分.中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[J].中国实用内科杂志，2018，38(4)：292-344.

[2] 李伟，于宏志.诺和龙与二甲双胍治疗继发失效性糖尿病的疗效观察[J].中国现代药物应用，2015，9(21)：134-135.

[3] 白金丽，孙俊，胡军.翻白草成份对糖尿病的初步药理学研究[J].云南中医中药杂志，2009，30(2)：53.

[4] 刘为民，徐艳.翻白草治疗18例2型糖尿病临床分析[J].中国社区医师(医学专业)，2011，13(30)：168.

[5] 刘仲慧，阎树河，徐敏，等.翻白草治疗2型糖尿病[J].新中医，2003，35(1)：30.

[6] 吴琦，王亚君，赵琳，等.芙蓉菊化学成分及其生物活性研究进展[J].药物评价研究，2017，40(12)：1821-1827.

[7] 郭翔宇，刘铜华，朱寅荻，等.番石榴叶化学成分及其治疗2型糖尿病研究进展[J].世界科学技术-中医药现代化，2014，16(5)：1029-1034.

[8] 黄海军，黄桂琼，周迎春.番石榴叶药理作用及其机制的研究[J].中药药理与临床，2007，23(5)：243-245.

[9] 左晓霜，马定乾，方山丹，等.余甘子中没食子酸抑制高糖诱导胰岛β细胞凋亡[J].昆明医科大学学报，2018，39(6)：14-21.

[10] YANG J H，LI L，WANG Y S，et al. Two new aporphine alkaloids from Litsea glutinosa [J].Helv Chim Acta，2005，88(9)：2523-2526.

[11] PAN J Y，ZHANG S，WU J，et al. Litseaglutinan A and lignans from Litsea glutinosa [J].Helv Chim Acta，2010，93(5)：951-957.

[12] 刘翔，李紫微，张植玮，等.民间降血糖草药白子菜的研究进展[J].重庆中草药研究，2014(1)：34-36.

[13] 刘璇，张振海，杜萌，等.灯台树化学成分与药理活性研究进展[J].中草药，2012，43(3)：598-606.

[14] 范晓燕，罗素琴，张庆林.荨麻属植物降血糖作用及其机制研究进展[J].国际药学研究杂志，2010，37(4)：273-275.

[15] KANETKAR P，SINGHAL R，KAMAT M. Gymnema sylvestre：A Memoir[J].Journal of Clinical Biochemistry & Nutrition，2007，41(2)：77-81.

[16] 张祖明，朱胜福.自拟“三消降糖汤”治疗现代糖尿病16例[J].中国民族民间医药，2008，17(5)：75-76.

[17] 胡捷.治疗糖尿病的民间偏方[J].糖尿病天地·文摘旬刊，2012(8)：53.

[18] 桂永洪，桂龙泽.番石榴汤治疗2型糖尿病14例[J].内蒙古中医药，2011，30(10)：5.

[19] 宁在兰.Ⅱ型糖尿病民间食疗小方[J].家庭中医药，2005(7)：21.

[20] 杜文义.民间验方治糖尿病效果好[J].河北农机，2003(2)：31.

[21] 徐灿坤，曲竹秋.翻地还五汤治疗糖尿病肢体动脉闭塞症疗效观察[J].辽宁中医杂志，2006，33(7)：835-836.

[22] 金映珊，张照庆，梅向华，等.九龙降糖汤结合针刺对2型糖尿病患者血脂的影响[J].湖北中医杂志，2006，26(6)：36.

[23] 邵长平，尹旭斌，武德会，等.翻白草合剂治疗2型糖尿病临床研究[J].山东中医杂志，2001，20(10)：588-589.

[24] 罗学林，马中建，刘红丽，等.复方翻白草汤治疗2型糖尿病60例疗效观察[J].中医药导报，2015，21(12)：62-63.

[25] 于伯海.民间老方治老病之四——糖尿病[J].华夏长寿，1999(4)：26.

[26] 糖尿病民间秘方专辑[J].医学文选，1994(4)：17-22.

[27] 祁颖欣.益肾降糖方治疗2型糖尿病67例临床观察[J].甘肃中医，2006，19(6)：17-18.

[28] 张万能.猪胰蛇蜗散治疗非胰岛素依赖型糖尿病50例[J].

云南中医学院学报,1993,16(1):19-20.
[29] 孙华颖,席超,韩慧,等.云南大理民间验方对糖尿病模型血糖的影响[J].中国民族民间医药,2009,18(19):19-20,23.
[30] 杨久云,杨凡.云南民族民间单方验方整理选录[J].中国民族民间医药,2014,23(2):4-5.
[31] 覃焕玲,禤丽萍,李小翡,等.糖尿病足应用茶叶水泡洗的治疗体会[J].右江医学,2015,43(3):391-392.
[32] 陈位英.中药熏洗治疗早期糖尿病足的中医护理观察[J].大家健康,2014,8(10):24.
[33] 曾庆伟.中药熏足对0级糖尿病足40例疗效观察[J].北方医药,2015,12(1):86.
[34] 周卫国,肖美颜,梁艳坤,等.四藤一仙汤加味足浴治疗0级糖尿病足30例临床观察[J].中医药导报,2015,21(6):32-35.
[35] 于雪芬,潘红斌,湛韬.温经通络散外敷治疗0级糖尿病足40例疗效观察[J].浙江中医杂志,2014,49(1):43.
[36] 孟艳娇,王连洁,赵谏,等.清热解毒箍围法治疗热毒雍盛型2级B期感染性糖尿病足溃疡[J].中国临床医生杂志,2015,43(1):71-73.
[37] 刘晓瑞,黄彬洋,方俪鹃,等.治疗糖尿病足部鸡眼验方[J].中国民间疗法,2017,25(5):24.
[38] 王海珍,王丽娟,杨殿福,等.近5年中医特色疗法治疗糖尿病足综述[J].光明中医,2017,32(16):2435-2437.

(收稿日期:2018-12-25 编辑:刘国华)

(上接第81页)度 对于发展上千年的中医药文化,经过历代先贤的继承弘扬,是一个体系林立、知识庞杂的整体。动漫作为一种大众传媒,是不可能直接对整个中医药文化进行传播的,这就要求中医药文化在传播时进行碎片化,通过碎片逐步建立受众的中医药文化体系。而过于零碎的中医药知识却难以为受众搭建准确、全面的中医药知识体系,不利于提炼成为中医药文化,这就对中医药文化在动漫传播时的碎片化和整体化尺度提出了考验。

3.2.4 鼓励创立并扶持高质量的中医药动漫IP 近年来,客观存在中医药动漫数量较少、总体质量不高的现象,但中医药文化具有树立动漫文化内涵的巨大潜力,如何深挖中医药文化内涵,确立类似本草、岐黄等适合动漫的IP品牌,是中医药文化与动漫联动的基础性工程。

优秀中医药动漫作品的推广问题也需要重视。如《葫芦响叮当》及"懒兔子"等一系列动漫,着意将中医文化精神主导的"健康、快乐、智慧"的生活态度传递给观众,让公众通过动漫了解中医的博大精深。但由于种种原因,产生的社会效应并不尽如人意。研究认为主要是由于宣传力度不足,宣传手段不完善所致。因此建立完善的动漫推广平台,将优秀的中医药动漫面向民众,真实精准传播中医药文化,并建立相应反馈渠道,对中医药动漫的发展具有重要意义。

3.2.5 培养擅长于中医药文化传播的专业型人才 动漫在我国虽然起步较晚,但已经形成了较为成熟的知识体系,需要从业人员具有较高的文化艺术修养及较强的影视动漫设计、原创及制作等能力。而中医药更是传承千年,要求从业者具备良好的人文和自然科学素养、专业的知识技能、较强临床思维能力和临床实践能力。从其他产业人才培养模式中可以发现,政府、企业与高等院校之间逐渐达成共识,形成合力,相互之间已经有了一套较好的人才培养模式。研究认为,中医要建成以漫画为载体的特色传播渠道,除了重视中医药相关动漫的创新,还应官、产、学联合,共同探寻中医药动漫产业发展的人才培养模式,培养擅长于中医药文化传播的专业型人才,推动中医药动漫的可持续发展。

3.2.6 加强对中医药相关动漫的质量监管 中医药文化中存在医药健康类信息较多,而医药健康类信息传播具有风险性,近年一些影视作品中中药误用现象屡见不鲜。如何确定相关信息的可靠性和安全性,如何保证信息在传播过程中不"变质",如何确保大众正确理解运用这类信息,这都是需要认真思考的问题。一旦在传播渠道某一环节出现问题,不但会对中医药形象造成损害,还会损害社会公众身体健康。因此加强对中医药相关动漫的质量监管是中医药文化良性传播关键的一环。

参考文献

[1] 毛国强,屠金莉.中医药文化传承与大众传播实践初探——以天津市"中医药文化进校园"活动为例[J].新闻战线,2018(3):92-93.
[2] 毛和荣,CAO Yue-hong.International Transmission of Chinese Medical Culture: Problems and Solutions[J].海外英语,2017(4):229-231.
[3] 刘丹青.新媒体视域下的中医文化传播研究[D].南京:南京中医药大学,2017.
[4] 夏瑛.动漫传播与知识经营[D].杭州:浙江大学,2014.
[5] 龙真,杨敏,寇晓明.儒家文化传承与动漫传播研究[J].价值工程,2017,36(7):217-219.
[6] 王灵东.动漫产业发展中的受众因素研究[J].中国广播电视学刊,2017(9):71-73,98.
[7] 李玫姬."一带一路"战略背景下中医药文化国际传播的机遇、挑战与对策[J].学术论坛,2016,39(4):130-133,180.
[8] 芦明明.传统文化元素在国产动漫《画江湖之不良人》中的应用[J].当代电视,2017(3):94-95.
[9] 李经纬.中医大辞典[M].2版.北京:人民卫生出版社,2015.
[10] 贺霞.整合营销传播视阈下携程旅游APP的品牌传播及效果研究[D].重庆:西南政法大学,2016.
[11] 罗雪.浅论我国媒体的国际传播效果评估体系构建[J].当代电视,2016(10):78-80.
[12] 仙子.故事漫画的魅力及中国故事漫画的潜力研究[D].沈阳:沈阳建筑大学,2014.
[13] 杨忠.以绘为本抵心问道[D].北京:中央美术学院,2017.
[14] 杨皓.高校大学生"快餐式文化生活"的现状与调查研究——以南京晓庄学院为例[J].才智,2017(13):72-74.
[15] 予辑.药食同源原料目录(2017版)[J].口腔护理用品工业,2017,27(6):24-28.

(收稿日期:2018-12-26 编辑:罗英姣)

引用:谈晓红,唐晓雯,梅花,孟晓耘,崔屹.基于快速康复外科理念的中医适宜技术在骨科围手术期中的应用进展[J].中医药导报,2019,25(24):87-90.

基于快速康复外科理念的中医适宜技术在骨科围手术期中的应用进展*

谈晓红[1],唐晓雯[2],梅 花[1],孟晓耘[1],崔 屹[1]
(1.上海中医药大学附属曙光医院,上海 201203;
2.上海中医药大学,上海 201203)

[摘要] 基于快速康复外科理念综述了中医适宜技术在骨科围手术期中的应用进展,探讨了目前研究中的不足及发展趋势。中医适宜技术可降低骨科围手术期患者的焦虑,改善睡眠质量,减轻术后疼痛,防止关节僵硬和深静脉血栓形成,促进术后胃肠功能恢复,减少术后并发症的发生,但在术前、术中的参与度不高,今后应提高中医适宜技术在术前与术中的应用,在围手术期患者中形成统一的方案与流程,以推动中医适宜技术在快速康复外科中的开展。

[关键词] 骨科;围手术期;中医适宜技术;快速康复外科
[中图分类号] R249.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2019)24-0087-04

Application Progress of Traditional Chinese Medicine Appropriate Techniques Based on the Concept of Enhanced Recovery after Surgery in the Perioperative Period of Orthopedics

TAN Xiao-hong[1], TANG Xiao-wen[2], MEI Hua[1], MENG Xiao-yun[1], CUI Yi[1]
(1.Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China; 2.Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

[Abstract] The author reviewed the application progress of traditional Chinese medicine appropriate technology in orthopedic perioperative period based on the concept enhanced recovery after surgery, and discussed the deficiency and development trend of current research. Traditional Chinese medicine appropriate technology can reduce the anxiety for orthopedic patients in perioperative period, improve sleep quality, reduce postoperative pain, prevent joint stiffness and deep vein thrombosis, promote the recovery of gastrointestinal function, and reduce the incidence of postoperative complications. However, its participation in preoperative and operative is not high. It is necessary to improve the application of appropriate techniques of traditional Chinese medicine in preoperative and operative in the future, and form a unified program and process in perioperative patients so as to promote the development of appropriate techniques of traditional Chinese medicine in rapid rehabilitation surgery.

[Keywords] orthopedics; perioperative period; appropriate techniques of traditional Chinese medicine; enhanced recovery after surgery

加速康复外科(enhanced recovery after surgery,ERAS),又称快速康复,由Henrik Kehlet在1997年首次提出[1]。它基于一系列围绕循证医学证据而采用的围手术期优化措施,以减轻围手术期的相关性应激反应,从而减少术后并发症发生,缩短住院时间,实现快速康复[2-3]。研究表明,中医适宜技术参与到骨科围手术期的管理中,对于减轻患者手术应激反应,降低术后并发症,促进患者的快速康复发挥着积极作用,也符合ERAS理念[4-6]。有学者发现,基于ERAS理念指导下的中医适宜技术应用于骨科手术患者,将有益于优化医疗护理服务,加速骨科手术患者康复,并取得良好而独特的临床效果。

*基金项目:上海市卫生和计划生育委员会中医药科研基金课题(2014LP093A);上海中医药大学校级课题(2016JX09)
通讯作者:崔屹,E-mail:cuiyi0411@163.com

1 ERAS的发展与概述

ERAS是由哥本哈根大学Henrik Kehlet于1997年提出的概念,并积极探索其在临床的可行性和优越性,随后,欧洲的一些国家推广了这一理念,大大提高了患者术后康复的速度。在中国,它是由东部战区总医院(原南京军区总医院)黎介寿院士等率先引入并应用,在临床实践中取得了显著成效。ERAS理念最初应用于胃肠外科手术,现已广泛应用于心胸外科、妇科、泌尿科等领域。目前,ERAS已成功应用于骨科的围手术期,经大量研究报道,加速康复外科已在膝关节、髋关节置换术,股骨骨折和胸腰椎骨折内固定术及腰椎减压融合内固定等手术中运用[7-10]。

ERAS基于循证医学证据,旨在减少手术患者的生理与心理创伤应激反应。ERAS通过多学科合作,如外科、麻醉、护理、营养学、康复医学等各科室的合作,并在手术前、手术中及手术后贯穿整个治疗过程。ERAS具体包括最新的微创技术、情志护理、营养支持、麻醉管理、术中保温、引流管放置、镇痛管理、消化道管理、睡眠管理、预防下肢深静脉血栓形成、术后早期功能锻炼等方面,优化围手术期管理的临床路径,从而降低患者围手术期的应激反应和术后并发症的发生率,缩短住院时间,促进快速康复[11]。

2 中医适宜技术与ERAS的融合

ERAS理念指导下的中医适宜技术是在中医基础理论与ERAS理念相结合的指导下,在骨科围手术期的麻醉、疼痛、情志、睡眠管理等方面采取有循证医学证据的具有中医特色的适宜技术,融入围手术期患者的护理中。

3 基于ERAS理念的中医适宜技术在骨科围手术期的应用现状

3.1 *降低围手术期焦虑* 骨科大手术患者在等待手术期间,由于担心手术发生意外、并发症及麻醉风险等表现出焦虑的心理反应,以及手术后出现以疼痛为主的临床症状,可引起恐惧、焦虑和其他心理,重度疼痛时,自主神经系统异常而出现如失眠、易惊等表现。这些应激反应严重影响患者的生活质量和预后。因此,ERAS强调要加强患者围手术期的教育,消除患者焦虑情绪。颜晓恒[12]将中医情志护理应用于骨科手术患者,通过判断患者体质与证候分型采用不同的护理方法,选取太冲、行间、肝俞等穴位进行针刺按摩,根据中医五音与五脏对应关系的原理进行疏解患者情志,手术后管床护士以语言交流的形式,与患者沟通,同时缓解患者情绪,以调畅情志。结果表明,中医情志护理可显著改善骨科术后患者的焦虑情绪,提高睡眠质量。中医情志护理是以中医基础理论为依据的心理疗法,主要以改善患者围手术期的情绪,同时保持心理状态的积极性[13]。在临床应用中,患者的接受度很高。

3.2 *改善围手术期睡眠质量* 骨科患者因不适症状、人文心理因素、环境因素的改变等各种原因,容易造成患者围手术期睡眠障碍[14-15]。西医学治疗失眠多采用镇静安眠药,如巴比妥、苯二氮䓬等,但这些药物对机体有一定的不良反应,而应用中医适宜技术对患者产生的毒副作用相对较小且疗效确切,主要以辨证论治为基础,如通过穴位贴敷、耳穴埋豆、芳香疗法、中药药枕、中药足浴等技术来调理阴阳以改善患者的睡眠质量[16-20]。孟琴秋[21]对骨科手术患者术前使用吴茱萸粉进行涌泉穴穴位贴敷,研究发现,吴茱萸粉涌泉穴穴位贴敷可提高患者术前的睡眠质量。李敏清等[22]对骨科术后睡眠障碍患者给予薰衣草芳香疗法联合穴位按摩,研究证实薰衣草芳香疗法联合穴位按摩可提高骨科患者术后睡眠质量,有利于患者术后康复。薰衣草的主要成分是芳樟醇,具有镇静和促进睡眠的作用。按摩百会与涌泉穴,可沟通上下之经气,益智开窍,祛邪通络;按摩内关与神门穴可宁心安神。对于应用芳香疗法、中药药枕的适宜技术,需详细了解患者有无过敏体质或过敏史,以防应用过程中出现过敏。

3.3 *减轻术后疼痛,提高术后疼痛阈值* 经ERAS推荐,骨科大手术患者采用多模式联合镇痛,可减少阿片类药物的实际使用量和不良反应发生率,以及缓解疼痛,减轻手术创伤引起的应激反应,降低术后并发症风险,有助于患者术后开展早期功能锻炼[23]。在骨科围手术期的疼痛管理中常用具有中医特色的适宜技术,包括耳穴贴压、艾灸、中药外敷等。孙杭雁等[24]对骨科术后患者进行耳穴贴压,选取神门、皮质下等主穴以及特定骨伤部位的定点取穴, 根据患者的病证虚实情况,按照缓(久)轻(虚)重(实)的原则,进行适度揉按、捏压,结果表明耳穴贴压定点取穴能有效缓解骨科患者的术后疼痛。邵海波等[25]对32例(42膝)行全膝关节置换术的患者,选取合谷、曲池、血海、阳陵泉、阴陵泉、足三里、绝骨、丘墟、关元和气海穴位进行艾灸治疗,结果发现艾灸可减轻全膝关节置换术后的疼痛,并促进关节功能的恢复。程红霞等[26]对四肢骨折患者术后运用外敷中药伤科油纱,发现能起到消肿、镇痛的效果。这些护理技术易于操作、不良反应少,但在操作过程中应注意观察,如耳穴贴压、艾灸引起的皮肤破损或烫伤及中药外敷引起的皮肤瘙痒、过敏等现象。

3.4 *鼓励患者术后早期活动,防止关节僵硬和深静脉血栓形成* ERAS推荐,骨科大手术患者在适当的止痛后,鼓励患者术后早期活动和进行功能锻炼,以改善患者预后[27]。有研究表明,术后肢体被动和主动活动,有利于静脉回流,可明显降低骨科大手术后深静脉血栓的发生率,还可以增强患者肌肉力量,增加关节活动度,促进运动功能恢复,并缩短患者的住院时间[28-29]。在中医特色适宜技术中,可通过穴位推拿按摩、导引功法、中药熏洗等技术起到活血消肿,减轻关节肿胀僵硬,增加肢体活动度的作用,能促使患者积极主动功能锻炼,以加快康复。袁雪萍等[30]对髋部骨折手术的老年女性患者采用足底热敷合并穴位推拿,结果发现下足部热敷合并穴位推拿可以有效改善老年女性髋部骨折术后平均血小板体积和D-二聚体值的水平,并可提高其舒适度。戴金花等[31]研究表明,腰椎术后患者采用健腰导引十二式练功法进行早期功能锻炼,可有效改善术后的不良症状,对维持腰椎稳定性有良好的作用,可促进患者腰背肌肉的恢复,从而促进患者日常生活活动能力的恢复。许艳春等[32]研究表明,中药熏洗能有效缓解全膝关节置换术后局部疼痛和肿胀,改善关节和行

走功能，促进患者术后康复。在热疗的过程中，应注意温度与时间的控制，以防温度过高引起烫伤或用热时间过长以致继发效应的产生；行导引功法进行功能锻炼，需注意循序渐进。

3.5 加速术后胃肠功能恢复，预防腹胀、便秘、肠梗阻等并发症 骨科大手术患者发生术后恶心呕吐（PONV）的概率为20%~30%，高危患者的发生率为70%~80%；PONV可降低术后舒适度和满意度，影响早期功能锻炼，并减缓康复[33-34]。耳穴埋豆、穴位贴敷、中药热熨等中医适宜技术可加速患者术后胃肠功能的恢复。陈艳等[35]发现采用王不留行籽进行耳穴埋豆可有效改善骨科全麻术后胃肠道反应。朱方惠[36]对42例行接受全髋关节置换术的患者进行穴位贴敷，采用止呕散3 g磨粉后加入姜汁调和，敷在神阙、合谷、中脘、足三里以及内关穴，并用降逆散6 g磨粉后加入姜汁调和，敷在涌泉穴，结果证实该方法可有效地促进患者胃肠功能的恢复。税毅冬等[37]于术后第1天对骨科术后患者进行小茴香热熨治疗，结果表明小茴香热熨法能有效预防骨科术后患者便秘的发生。中药敷脐可调节胃肠功能，有效缓解骨科术后患者便秘[38-40]。

3.6 预防术后尿潴留 骨科手术后尿潴留的发生率为10%~44%[41]。尿潴留严重影响患者的生活质量，其发生原因与心理因素、排尿方式改变、疼痛、麻醉药品对排尿反射的阻断，手术中对神经的刺激导致排尿中枢受抑制以及围手术期的镇痛药的使用等因素相关[42]。留置尿管虽可以降低术后尿潴留的发生率，但会显著增加尿路感染的发生率，不利于早期功能锻炼，降低患者满意度，延长住院时间。因此，ERAS不推荐常规留置尿管；由于手术时间长、术中出血量多而致术后尿潴留的风险增高，则需留置尿管以预防尿潴留，但建议不超过24 h[43-44]。

陈汝涛等[45]对腰椎术后患者进行穴位按摩，结果显示，穴位按摩可减少留置导尿管时间，降低导尿管重置和术后尿潴留的发生率、尿路感染率。研究表明，艾灸能明显改善骨科术后患者尿潴留情况[46-47]。冯文玲等[48]采用莱菔子敷贴神阙穴配合开塞露纳肛法干预骨科术后尿潴留患者，并与常规诱导排尿法相比较，结果发现莱菔子敷贴神阙穴配合开塞露可促进尿液排出，效果显著。

4 小结与展望

基于ERAS理念的中医适宜技术运用于骨科围手术期的情志、睡眠、疼痛、胃肠道等方面的管理，对于减轻患者手术应激反应，缓解患者的焦虑、改善睡眠、减轻疼痛、促进胃肠功能恢复、预防深静脉血栓形成和尿潴留等都具有显著的疗效，同时可降低术后并发症，促进术后患者的快速康复。

然而，针对促进骨科患者快速康复的中医适宜技术仍属于初步阶段，不同研究者采用不同的技术，其干预的方式及针对疗效的观察较单一。如何将一项中医适宜技术运用于围手术期患者的快速康复中，预防术后所有并发症的发生和改善患者的预后是我们需要进一步研究的方向。如何将中医适宜技术规范化地运用于骨科围手术期，构建统一的方案与操作流程，将其所有的作用与疗效集于一体，以促进骨科围手术期患者的快速康复，以及如何将中医适宜技术联合应用，促进骨科围手术期患者的快速康复，这也是我们需要进一步研究的方向。

中医适宜技术在临床的运用中具有独特的优势。但目前，中医适宜技术的应用多数是促进术后患者的康复，术前和术中的参与度并不高。如何提高中医适宜技术在术前、术中的应用，推动中医适宜技术在快速康复外科中深入地开展，形成有中国特色的快速康复体系，有待于进一步探讨。

参考文献

[1] KEHLET H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation [J]. Br J Anaesth，1997，78(5)：606-617.

[2] WAINWRIGHT T W，IMMINS T，MIDDLETON R G. Enhanced recovery after surgery (ERAS) and its applicability for major spine surgery [J]. Best Pract Res Clin Anaesthesiol，2016，30(1)：91-102.

[3] WANG M Y，CHANG P Y，GROSSMAN J. Development of an enhanced recovery after surgery (ERAS) approach for lumbar spinal fusion [J].J Neurosurg Spine，2017，26(4)：411-418.

[4] 张嘉怡.中医护理缓解骨科患者术后疼痛的效果观察[J].云南中医中药杂志，2018，39(6)：90-91.

[5] 陈清，王苏珠，祝燕飞.骨科术后并发失眠原因分析与中医护理措施[J].中医药管理杂志，2016，24(5)：107-109.

[6] 高静佩.中医护理干预对骨科患者术后尿潴留的影响[J].辽宁中医杂志，2015，42(9)：1772-1773.

[7] 罗琨，袁凌，丁巧俊.快速康复外科护理模式在腰椎退行性疾病围手术期中的应用[J].安徽医药，2018，22(8)：1617-1620.

[8] 吴志明，刘江涛，徐俊昌，等.快速康复外科理念在髋膝关节置换术中的应用效果观察[J].医学理论与实践，2018，31(9)：1370-1371.

[9] 王华勇，李皓桓，梁世博.快速康复外科在重度骨关节炎患者一期双侧膝关节置换术中的应用[J].广西医学，2018，40(8)：869-871，893.

[10] 张亮，张莉，王莉佳，等.快速康复外科理念在椎弓根螺钉内固定治疗胸腰椎骨折围手术期护理中的应用[J].中医正骨，2015，27(6)：75-76.

[11] 陈凛，陈亚进，董海龙，等.加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018版)[J].中国实用外科杂志，2018，38(1)：1-20.

[12] 颜晓恒.中医情志护理对骨科手术患者焦虑状态及睡眠质量影响[J].辽宁中医药大学学报，2017，19(2)：204-207.

[13] 陈曦，陈文辉，施碧玲，等.中医情志护理在老年骨折病人中的应用分析[J].齐齐哈尔医学院学报，2013，34(20)：3120-3121.

[14] 沈彬，翁习生，廖刃，等.中国髋、膝关节置换术加速康复——围术期疼痛与睡眠管理专家共识[J].中华骨与关

节外科杂志,2016,9(2):91-97.
[15] 周宗科,翁习生,曲铁兵,等.中国髋、膝关节置换术加速康复——围术期管理策略专家共识[J].中华骨与关节外科杂志,2016,9(1):1-9.
[16] 王芸,朱晓珍.穴位贴敷联合耳穴压豆对老年不同证型不寐病人睡眠质量的影响[J].护理研究,2015,29(19):2394-2396.
[17] 任燕.中药药枕联合耳穴埋籽对改善骨科患者术前睡眠质量的效果[J].中国医药导报,2017,14(20):156-159.
[18] 王志相,钟良钰,谢赣平.耳穴埋豆治疗高龄髋部骨折术后睡眠障碍的临床研究[J].黑龙江中医药,2018,47(1):65-66.
[19] 李敏清.薰衣草芳香疗法提高老年髋部骨折患者术后睡眠质量的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2017.
[20] 孟昕,张素秋,何怡,等.中药足浴干预对住院患者睡眠质量的影响[J].北京中医药,2016,35(8):789-791.
[21] 孟琴秋.吴茱萸粉涌泉穴贴敷对骨科患者术前睡眠的影响[J].上海针灸杂志,2014,33(12):1127-1128.
[22] 李敏清,陈少华,傅秀珍,等.薰衣草芳香疗法联合穴位按摩改善骨科患者术后睡眠质量效果观察[J].齐鲁护理杂志,2017,23(6):39-41.
[23] 范玲燕,曾莉.快速康复外科理念在骨科护理实践中的研究进展[J].护士进修杂志,2018,33(14):1278-1281.
[24] 孙杭雁,张兰君,董文仙.耳穴贴压缓解骨科患者术后疼痛的效果研究[J].中华护理教育,2017,14(11):847-850.
[25] 邵海波,吴红.艾灸对初次人工全膝关节置换术后疼痛及关节功能恢复影响的临床疗效观察[J].黔南民族医专学报,2015,28(4):254-256.
[26] 程红霞,张琴,付艳,等.中药伤科油纱外敷改善四肢骨折患者术后肢体疼痛及肿胀的效果观察[J].广西医科大学学报,2017,34(1):147-150.
[27] 卢波.快速康复在腰椎微创手术中的护理进展[J].微创医学,2017,12(4):528-530.
[28] 胡志芬,阳燕妮,卢卫忠.老年髋部骨折患者围手术期深静脉血栓预防及护理对策[J].中国中医急症,2017,26(7):1312-1314.
[29] 蔡传凤.关节置换术后深静脉血栓形成相关危险因素及护理干预措施[J].当代护士(上旬刊),2017(1):40-42.
[30] 袁雪萍,姚丽文,吴佳玲,等.下足部热敷合并穴位推拿在预防老年女性患者髋部骨折术后发生深静脉血栓的效果[J].解放军护理杂志,2018,35(14):1-5.
[31] 戴金花,陆静波,张孝云.健腰导引十二式改善腰椎间盘突出症术后患者日常生活活动能力的效果观察[J].护士进修杂志,2017,32(22):2102-2104.
[32] 许艳春,邸鑫.中药熏洗对全膝关节置换术后患者康复的影响[J].长春中医药大学学报,2015,31(3):591-592.
[33] FUJII Y. Current review of ramosetron in the prevention of postoperative nausea and vomiting[J].Curr Drug Saf,2011,6(2):122-127.
[34] HARSTEN A, HJARTRSON H, TOKSVIG-LARSEN S. Total hip arthroplasty and perioperative oral carbohydrate treatment: a randomised, double-blind, controlled trial[J]. Eur J Anaesthesiol,2012,29(6):271-274.
[35] 陈艳,俞霞,梁海林,等.耳穴埋豆对骨科全麻术后胃肠道反应的治疗效果[J].辽宁中医杂志,2013,40(11):2296-2298.
[36] 朱方惠.应用穴位贴敷中医护理对人工全髋关节置换术后患者胃肠功能恢复影响观察[J].内蒙古中医药,2017,36(18):140.
[37] 税毅冬,王果,刘健佳,等.小茴香热熨对骨科术后患者便秘的临床效果观察[J].四川中医,2017,35(4):156-157.
[38] 王晓慧.温中理气散敷脐配合穴位按摩改善骨科卧床病人胃肠功能的临床效果观察[J].甘肃医药,2018,37(4):340-341.
[39] 余选锋.大黄芒硝敷脐治疗骨科术后便秘患者临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2014,9(6):614-616.
[40] 何小娟,张楠.神阙穴中药贴敷治疗骨科术后卧床患者便秘的临床观察及分析[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(18):62-63.
[41] 彭华华,尤炯鸣.艾灸关元和气海穴用于骨科术后尿潴留疗效观察[J].现代实用医学,2017,29(3):408-410.
[42] 孙美芝,唐霖.骨科患者术后尿潴留的相关因素与护理进展[J].护理实践与研究,2011,8(19):121-123.
[43] HUANG Z, MA J, SHEN B, et al. General anesthesia: to catheterize or not? A prospective randomized controlled study of patients undergoing total knee arthroplasty[J].J Arthroplasty,2015,30(3):502-506.
[44] KARASON S, OLAFSSOR T A. Avoiding bladder catheterisation in total knee arthroplasty: patient selection criteria and low dose spinal anaesthesia[J].Acta Anaesthesiol Scand,2013,57(5):639-645.
[45] 陈汝涛,陈玉梅,韩月明,等.中医手法穴位按摩对预防腰椎术后尿潴留的效果分析[J].辽宁医学院学报,2016,37(2):52-54.
[46] 黄双英.艾灸盒温灸中极关元石门气海穴治疗骨科术后尿潴留的效果观察[J].护理学报,2012,19(16):67-69.
[47] 邓影雪,许兵,叶小雨.艾灸曲骨穴解除骨科术后尿潴留的临床疗效研究[J].护士进修杂志,2015,30(20):1837-1839.
[48] 冯文玲,梁兰,陈莹,等.莱菔子贴敷神阙穴联合开塞露治疗骨科术后尿潴留的临床研究[J].护理研究,2017,31(13):1645-1646.

(收稿日期:2019-02-06 编辑:蒋凯彪)

引用:宋波洋,王聪,姚昶.鹿角在急性乳腺炎中的应用总结[J].中医药导报,2019,25(24):91-93.

鹿角在急性乳腺炎中的应用总结*

宋波洋,王　聪,姚　昶
(南京中医药大学附属医院,江苏　南京　210029)

[摘要]　对鹿角在急性乳腺炎中的应用现状进行总结,中药鹿角临床应用广泛,不仅能补益肝肾、强筋健骨,还可以活血通络、散结消肿;现代药理研究表明鹿角还具有抗炎消肿、抗感染、降低泌乳素、缓解疲劳、增强自身免疫、抗氧化应激等作用,临床用于急性乳腺炎疗效显著。

[关键词]　鹿角;急性乳腺炎;中医;综述
[中图分类号]　R287　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0091-03

Application of Antler in Acute Mastitis

SONG Bo-yang, WANG Cong, YAO Chang
(The Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210029, China)

[Abstract]　The application of antler in acute mastitis was summarized in this paper. Traditional Chinese medicine antler is widely used in clinical applications. They can not only replenish liver and kidney, strengthen muscles and bones, but also promote blood circulation and collaterals, and eliminate swelling. Modern pharmacological research show that antler has the effects of anti-inflammatory swelling, anti-infection, lowering prolactin, relieving fatigue, strengthening autoimmunity and anti-oxidative stress. Overall, antler is clinically effective for acute mastitis.

[Keywords]　antler; acute mastitis; Chinese medicine; review

鹿角,又称做马鹿角或梅花鹿已骨化的角,具有温补肾阳、强筋健骨、活血消肿的功效。对于阴虚血亏的患者切不可乱投,否则易加重病情。在急性乳腺炎中加入鹿角一药,临床常取得较好疗效,本文就鹿角在急性乳腺炎中的临床应用做一论述。

1　急性乳腺炎

急性乳腺炎中医病名为乳痈,是指发生于乳房的急性化脓性疾病。多发生于产后哺乳期妇女,尤其是初产妇。临床常表现为乳房的红肿热痛,局部伴有肿块、脓肿形成,肤温升高等症状。急性乳腺炎病程常分为3期:郁乳期、成脓期、溃脓期。初期肿块较小,乳汁不畅,乳房周围皮肤逐渐变红,肤温逐渐升高;成脓期,乳房肿块逐渐增大,开始化脓,要及时穿刺或切开排脓引流,否则易加重病情;到了溃脓期,要注重排脓通畅,扶助正气,否则易致正虚邪恋,病灶愈合迟缓。

2　鹿　角

鹿角性温,味咸,归于肝、肾二经。与鹿茸相比,二者均有补肾助阳、强筋健骨的作用,但鹿角的活血通络、散瘀消肿的功效更为强烈,临床可用于痈肿疮毒、瘀血内痛、虚劳内伤等。《神农本草经》记载:“角,主恶创痈肿,逐邪恶气,留血在阴中。”提出此药可用于痈肿疮毒,能祛邪外出,敛创收口,疗效较佳。《饮膳正要》云:“微咸,无毒。主恶疮痈肿,逐邪气,除小腹血急痛,腰脊痛及留血在阴中。”提出鹿角可用逐邪通络,治疗痈肿疮毒。《补缺肘后方》云:“鹿角治奶发,诸痈疽发背。”提出鹿角可用于急性乳腺炎以及众多疮疡疾病。

3　鹿角和急性乳腺炎关系

3.1　*鹿角的功效及在急性乳腺炎中的应用*　鹿角性温,《药性切用》记载:“生用,散热消肿,行血辟邪,为消散阴毒专药;炙熟,则消阴助阳,暖肾腰。”指出鹿角有生用散热行血消肿、熟用温阳行气的功效。急性乳腺炎初中期,乳汁郁滞,积而不通,局部疼痛较甚,日久化脓,患乳肿胀明显,疼痛加剧。总体病机属于乳汁淤滞,积而化脓。在此病情阶段,鹿角宜生用,取其散热行血消肿的功效,鹿角归于肝经,乳房也属肝经,鹿角能行气补肝,活血行滞,通散郁乳;对于局部化脓肿胀,鹿角可助气通络,促脓排出,清热消肿。急性乳腺炎后期,脓已

*基金项目:江苏省中医院高峰学术人才培养项目(y2018rc11)
通讯作者:姚昶,E-mail:yaochang67@126.com

排出，正邪两虚，此期不可一味再用“消”法，要注重“补托”法，才可防止正虚邪恋。鹿角宜熟用，取其温补功效、补益肝肾、温补阳气、扶正祛邪，以防止“闭门留寇”。《本草经疏》：“鹿角，生角则味咸气温，惟散热，行血消肿，辟恶气而已。咸能入血软坚，温能通行散邪，故主恶疮痈肿。”也指出鹿角生用可散热，熟用可温补、消肿软坚。故熟鹿角可用于气机阻滞，肿胀较甚的痈肿结块。

鹿角不仅可以内服，磨成粉还可外敷，外用局部患处，内服外敷增加活血通络、散结消肿的功效。《日华子本草》：“疗患疮痈肿热毒等，醋摩敷。”《医学人门》：“鹿角咸温仍秘精，止尿血与小腹疼，逐瘀强筋祛邪恶，疮肿磨敷可复平。……诸恶疮、痈肿、热毒，醋磨敷之。”指出鹿角可配合醋敷，渗散入络，充分发挥通络消肿的功效。

3.2 *鹿角的现代药理研究* 鹿角脱盘中含有丰富的氨基酸、多肽、蛋白质，大量的微量元素，以及少量的多糖、胆固醇、脂类等。现代药理与临床研究指出鹿角脱盘及其提取物具有多种功能，包括抗炎消肿、抗感染、降低泌乳素、缓解疲劳、增强自身免疫、抗氧化应激、抗凝血、镇痛等功效。

3.2.1 抗炎、抗感染 鹿角提取物能有效抑制右旋糖酐和二甲苯所致的肿胀症状以及肿胀所诱发的急性早期渗出性炎症，对慢性肉芽组织增生性炎症、炎症后期的增生性变化及组胺、5-羟色胺（5-HT）等引起的毛细血管通透性增强均亦有明显的抑制作用[1-2]。急性乳腺炎细菌培养若有细菌感染时，金黄色葡萄球菌感染的几率高达90%以上[3]，而鹿角脱盘多肽具有明显的抑制金黄色葡萄球菌的作用[4]。

3.2.2 降低泌乳素，缓解炎症 进入哺乳期，机体内的泌乳素会大大升高，促进乳腺发育和乳汁分泌，当急性乳腺病情较重时，要迅速降低泌乳素，减少乳汁分泌，促进炎症缓解。鹿角多肽能显著地增加雄鼠血浆和腺垂体细胞培养液中黄体生成素（LH）的含量，还能显著地增加雄鼠血浆中甲状腺素的含量，降低雌鼠血浆和雌鼠腺垂体细胞培养液中泌乳素（PRL）的含量[5]。

3.2.3 抗疲劳、增强免疫力 实验研究显示鹿花盘能显著提高小鼠红细胞数，增加血红蛋白含量，增强机体的造血功能，提高肾上腺功能，增强抗疲劳能力[6-8]。鹿角脱盘中的17KD蛋白作为一种特异蛋白具有明显的促细胞增殖活性，增强自身免疫力[9-10]。鹿花盘水溶性成分及多肽具有较显著地促进巨噬细胞的吞噬功能和增加T淋巴细胞的增殖能力，从而改善乳腺癌小鼠T淋巴细胞的衰竭，并对高雌激素所引起的乳腺增生，以及MA-737乳腺癌的生长均有一定的抑制作用[11]。实验研究表明鹿茸、鹿角脱盘、鹿血、鹿肉和鹿骨能够提高IgE、IgM和IgG的含量，提高血清中TNF-α（肿瘤坏死因子α），IFN-γ（γ-干扰素），IL-2（白介素2），IL-6（白介素6），IL-12（白介素12）的含量，减少TGF-β（转化生长因子β）的分泌，提高外周血与脾细胞中$CD4^+/CD8^+$的值，对改善免疫能力具有显著效果[12]。同时近期研究发现在马鹿角及梅花鹿角脱盘中均检测到21种元素，包括Ca、P、K、Na、Mg等5种人体必需宏量元素，Fe、Cu、Zn、Mn、Cr、Se、Ni、Mo、Si、Sr等10种人体必需微量元素[13]。卫功庆等[14-15]提取马鹿鹿角盘中胶原蛋白并对其氨基酸含量进行测定，其中除色氨酸、半胱氨酸和酪氨酸外，富含18种氨基酸，包括7种必需氨基酸。增加体内必需宏量及微量元素以及必要的氨基酸含量以合成人体所需要的蛋白对提高机体的免疫力起到了重要的作用。

3.2.4 对抗氧化应激 鹿茸及鹿角胶能显著提高衰老大鼠肝、血清中超氧化物歧化酶（SOD）、谷胱甘肽还原酶（GSR），降低肝单胺氧化酶（MAO）活性，降低肝丙二醛（MDA）、脂褐素（LPF）含量，提高抗氧化酶活性、清除自由基、减少过氧化脂质的生成，清除衰老机体产生的过多自由基，抑制机体组织、细胞的过氧化过程，使机体的各项生命体征得到改善，从而延缓衰老[16]。于文影等[17]研究发现，鹿角盘蛋白的胰蛋白酶水解物对羟自由基有较强的清除能力，鹿角盘蛋白的胰蛋白酶水解物在0.2~1.0 g/L的范围内对超氧阴离子的清除作用渐强，IC_{50}为0.70 g/L，提示鹿角具有较强的抗氧化作用，对于保护机体对抗慢性氧化应激提供了一定的防护作用。李辉等[18]观察鹿角胶对大鼠脑缺血损伤的保护作用。将40只Wistar大鼠随机分为空白组、模型组、低剂量组和高剂量组。结果与模型组比较，鹿角胶给药组脑缺血程度明显减轻，梗死面积减小，神经元胞体肿胀减轻，乳酸脱氢酶（LDH）和丙二醛（MDA）水平下降（$P<0.05$），总超氧化物歧化酶（T-SOD）、谷胱甘肽过氧化物酶（GSH-PX）及过氧化氢酶（CAT）的活力增强。说明局部脑缺血导致脑梗死过程中，鹿角胶可通过清除脑组织缺血损伤过程中产生的氧自由基，进而达到保护脑组织的目的。

3.2.5 抗凝血 实验研究鹿角胶对环磷酰胺致血虚小鼠的影响，结果与模型组比较，鹿角胶能够明显升高凝血酶原时间（PT）及活化凝血活酶时间（APTT）（$P<0.05$）[19-20]，提示鹿角及鹿角胶通过抗凝血来实现活血化瘀的功效。

3.2.6 镇痛 动物实验研究[21]采用二甲苯建立小鼠耳廓肿胀模型、角叉菜胶诱导大鼠足跖肿胀模型，研究其抗炎作用。采用小鼠醋酸扭体法和热板法，观察其镇痛作用。结果鹿角胶高、中剂量能明显减轻二甲苯致小鼠耳廓肿胀；鹿角胶高、中剂量组对足跖肿胀度有显著抑制作用；鹿角胶高剂量组疼痛潜伏期明显延长、扭体次数明显降低、有效提高痛阈值。说明鹿角胶有明显的镇痛药理活性。邱芳萍等[22]经分离纯化得到鹿角盘蛋白APPB，通过甲醛致大鼠足肿胀实验和醋酸致小鼠扭体反应实验，发现鹿角盘蛋白具有抗炎及镇痛作用，为以后开发新型镇痛和缓解乳腺炎症的药物提供了科学的依据。

3.3 *鹿角在急性乳腺炎应用的临床研究* 栗滢波等[23]用鹿角煎剂治疗急性乳腺炎32例，具有显著疗效，证明鹿角确有解毒、行血、消肿的作用，为临床治疗早期急性乳腺炎开辟了新途径。

潘志欣等[24]采用瓜蒌牛蒡汤加鹿角片治疗急性乳腺炎，治疗组采用瓜蒌牛蒡汤加鹿角片治疗40例急性乳腺炎患者，对照组采用单用瓜蒌牛蒡汤治疗40例急性乳腺炎患者，结果显示治疗组治疗周期2~7 d，对照组治疗周期4~12 d。治疗组痊愈38例，痊愈率为95%。对照组痊愈30例，并行脓肿切开引流术，痊愈率为75%。两组比较，痊愈率差异有统计学意义

（$P<0.05$）。说明瓜蒌牛蒡汤中加入鹿角片治疗急性乳腺炎临床疗效显著。

胡建强等[25]研究鹿角粉治疗急性乳腺炎30例的疗效。治疗方法为将鹿角锉为细末，每次口服10 g，陈黄酒送服，服药期间停止母乳喂养，同时用毛巾热敷乳房，并以常用挤奶手法或用吸奶器将乳汁排空，促使乳汁通畅。结果30例患者治疗后，显效18例，有效10例，无效2例，总有效率为93.3%。证明鹿角粉能够畅通乳汁。

4 鹿角应用注意事项

阴虚火旺者忌用。体型瘦弱，辨证为阴虚火旺型急性乳腺炎者，应慎用鹿角。鹿角性温，熟用更能加强温阳行气功效，若患者阴气亏虚，虚火内灼，投入此品，会使虚火旺盛，内灼阴液，甚灼伤血络，阴血两亏。

胃火齿痛者慎用。对于急性乳腺炎同时伴有胃火上炎，牙痛齿衄者应慎用鹿角。鹿角温中行气，活血通络，若患者胃火旺盛，火性上炎以致齿痛，加入鹿角则会胃火更盛，甚则破血妄行，加重病情。

剂量10~15 g为宜。鹿角相比鹿茸药效较轻，相比鹿角霜药效稍重，临床应用剂量要适中，同时要结合患者的临床表现酌情加减。

5 总　　结

鹿角临床应用广泛，常作为补益药来补肝肾、强筋骨，用于中老年肝肾亏虚之人。在急性乳腺炎中，添加鹿角一味药可以起到活血通络、散结消肿、透脓消疮的功效，在病程前中期，鹿角主要起到散热消肿、促脓排出的功效，到了病程后期，患者正气亏虚，鹿角要用温熟之品，扶助正气，温中散结，起到补托的功效。同时现代药理研究表明鹿角具有抗炎消肿、降低机体泌乳素以抑制乳汁分泌的作用，从根本上治疗急性乳腺炎，同时还可以增强免疫功能、机体抗氧化应激反应，促进机体尽早恢复正常功能。

参考文献

[1] 周秋丽，鲍海鹰.鹿角治疗乳癖症的研究I.鹿角提取物的抗炎作用[J].中药药理与临床，1998，14(1)：32-34.

[2] 鲍悦，高久堂，孙佳明，等.中药鹿角胶的研究进展[J].吉林中医药，2016，36(2)：173-175.

[3] 张海琼.哺乳期急性乳腺炎病原菌分布及耐药性分析[J].现代中西医结合杂志，2010，19(1)：101-102.

[4] 王艳梅.东北梅花鹿茸主要成分系统性比较研究[D].哈尔滨：东北林业大学，2004.

[5] 何刚，何玲利，葛德培.鹿角多肽对雄鼠黄体生成素、睾酮及雌鼠催乳素分泌的影响[J].中成药，2005，27(6)：附5-附6.

[6] 刘冬，高久堂，孙佳明，等.近5年鹿类中药材药理作用研究进展[J].吉林中医药，2015，35(9)：927-930.

[7] 王珏，唐朋林.龟鹿二仙胶的现代运用[J].浙江中西医结合杂志，2015，25(10)：981-984.

[8] 曹胜男，包海鹰.鹿角的化学成分及药理活性研究进展[J].经济动物学报，2011，15(4)：230-233.

[9] 孙丽，刘飞，刘倩，等.鹿角脱盘治疗乳腺增生症的理论依据分析[J].时珍国医国药，2016，27(12)：2983-2984.

[10] 唐任能.鹿角托盘17KD蛋白的分离纯化及性质研究[D].长春：长春中医药大学，2008.

[11] 王丽虹，高志光.鹿花盘水溶性成分的药理活性与临床应用[J].经济动物学报，1999，3(3)：18-22.

[12] 王佳宁.梅花鹿5种不同药用部位抗氧化与抗肝癌作用的比较研究[D].长春：吉林农业大学，2017.

[13] 陈毓，李锋涛，钱大玮，等.马鹿角及梅花鹿角脱盘中无机元素分析与评价[J].中成药，2014，36(12)：2577-2582.

[14] 卫功庆，刘少华，范宁，等.马鹿鹿角盘胶原蛋白特性研究[J].上海中医药杂志，2014，48(9)：88-92.

[15] 卫功庆，刘少华，范宁，等.响应曲面法优化鹿角盘胶原蛋白酶解提取工艺研究[J].西北农林科技大学学报(自然科学版)，2015，43(6)：205-214.

[16] 王佳宁，郜玉钢，姬庆，等.鹿角盘有效成分及功效研究进展[J].上海中医药杂志，2015，49(4)：102-105.

[17] 于文影，郜玉钢，郝建勋，等.鹿角盘蛋白酶解工艺优化及其水解物抗氧化活性研究[J].时珍国医国药，2011，22(11)：2699-2700.

[18] 李辉，陈俊宇，杨擎，等.鹿角胶对脑缺血大鼠脑组织的保护作用及机制[J].中国老年学杂志，2016，36(16)：3895-3897.

[19] 李晶，李娜，律广富，等.鹿角胶对环磷酰胺所致血虚模型小鼠的影响[J].吉林中医药，2014，34(10)：973-975.

[20] 岳文超，王庆国，王雪茜，等.鹿角类药材的活血祛瘀作用[J].中华中医药杂志，2018，33(3)：1033-1035.

[21] 张婧卓，林喆，律广富，等.鹿角胶的抗炎镇痛作用研究[J].吉林中医药，2014，34(10)：975-977.

[22] 邱芳萍，马波，王志兵，等.鹿角盘蛋白的分离纯化与活性研究[J].长春工业大学学报(自然科学版)，2007，28(2)：144-147.

[23] 栗滢波，崔玉璋.鹿角治疗急性乳腺炎[J].黑龙江医药，2000，13(4)：241.

[24] 潘志欣，沈秀华.瓜蒌牛蒡汤加鹿角片治疗急性乳腺炎[J].中国民间疗法，2016，24(3)：48.

[25] 胡建强，罗维萍，姚满园.鹿角粉治疗急性乳腺炎30例[J].中国社区医师(医学专业)，2012，14(23)：169.

（收稿日期：2019-02-17　编辑：刘国华）

引用:边艺,姚丽芬.小檗碱对胶质瘤影响的研究进展[J].中医药导报,2019,25(24):94-97.

小檗碱对胶质瘤影响的研究进展

边　艺,姚丽芬
(哈尔滨医科大学附属第一医院,黑龙江　哈尔滨　150001)

[摘要]　小檗碱是从黄连中提取的一种异喹啉生物碱,具有抗菌、抗氧化和抗炎等药理作用。小檗碱可诱导胶质瘤细胞凋亡,降低胶质瘤代谢活性,抑制肿瘤细胞的转移和增殖,并且能使人脑胶质瘤细胞对电离辐射敏感。

[关键词]　小檗碱;胶质瘤;抗氧化;自噬
[中图分类号]　R273　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0094-04

人脑胶质瘤是常见的原发性恶性肿瘤。它可发生于中枢神经系统任何部位,占恶性脑肿瘤的81%。根据目前的WHO分型标准,胶质瘤被分为Ⅰ~Ⅳ级。胶质母细胞瘤(GBM)即Ⅳ级胶质瘤,具有高度的侵袭性,预后极差。患者中位生存期通常只有15~19个月,5年存活率仅5%[1]。目前胶质瘤总的治疗原则为在手术切除肿瘤的基础上,再辅以放射或化学药物治疗及放、化疗同时应用的综合治疗方案。但上述方法只能尽量延缓疾病的复发,胶质瘤患者的预后仍不容乐观。

小檗碱是中药黄连(Rhizoma Coptidis)中发现的主要生物碱之一,具有多种药理活性,在临床已经有广泛的治疗用途。现有研究发现小檗碱能作用于胶质瘤细胞,促使肿瘤细胞凋亡,抑制肿瘤细胞生长和迁移,在肿瘤的防治方面具有广阔的应用前景。

1　胶质瘤治疗现状

随着外科设备精确度和技术人员水平的不断提高,显微神经外科发展到了微创手术特别是功能微创阶段[2],总体上提高了胶质瘤的切除率,在保证患者生活质量的前提下,又尽可能地延长了患者的生存期。放疗技术方面也有了很大的提高,对比于全脑放疗,目前主要采用适形调强放疗的方法。这种放疗方法可对患者进行更精准的局部放疗,使患者拥有更好的生活质量。化疗方面,替莫唑胺在临床广泛应用,在胶质母细胞瘤的治疗中,形成了替莫唑胺同步放化疗加辅助化疗的标准治疗,明显提高了患者的生活质量。但尽管近年来各种治疗手段都有了突破性进展,由于胶质瘤浸润性生长的特性,因此肿瘤组织边界不清,通过手术方式完全切除病变组织十分困难。又因其术后极易复发以及对放化疗具有耐受性等特点,上述治疗方法仅能延缓患者病情进展、延长生存时间。这使得胶质瘤仍然是一种无法治愈的疾病。全球每年都有几十万患者死于胶质瘤。

2　小檗碱

2.1　小檗碱概述　小檗碱($C_{20}H_{19}NO_5$,分子量353.36)[3]是一种从黄连中分离出的异喹啉生物碱,是天然原药小檗碱类的成员。这种生物碱存在于小檗科、罂粟科和毛茛科植物。小檗碱长期以来一直被用作中国的非处方口服药物,用于治疗肠道感染和腹泻。由于其具有抗氧化作用和广泛的药理作用,小檗碱已经被研制成有更多用途的临床药物,如抗微生物剂、抗高血脂药物、抗糖尿病药物、抗炎和抗氧化因子。

2.2　小檗碱的抗肿瘤作用　自20世纪90年代以来,随着对小檗碱研究的不断深入,科学家们发现小檗碱不仅对肠胃炎、癫痫、高脂血症、肥胖症、脂肪肝、冠状动脉疾病、高血压、糖尿病、代谢综合征、多囊卵巢综合征[4-7]和阿尔茨海默氏病[8-9]有效,其在肿瘤防治方面也具有潜在广阔的应用前景,例如卵巢癌[10]、结肠直肠癌[11-12]、肺癌[13]、食管癌[14]、前列腺癌[15]等。小檗碱可作用于多种癌细胞,诱导肿瘤细胞凋亡和细胞周期停滞[16-20]。并且,小檗碱还具备有效的抗肿瘤转移和抗肿瘤增殖活性[21]。

目前,许多研究已经证实,小檗碱可通过不同的机制显示出其对肿瘤细胞有抑制作用。HWANG J M等[22]发现小檗碱可通过线粒体依赖的内在凋亡信号通路的Caspase激活和Bcl-2、Bcl-xL的表达降低诱导肿瘤细胞凋亡。WANG L等[23]发现小檗碱可同时具有多种靶向抑制肿瘤的作用。小檗碱可通过增强Cbl活性导致表皮生长因子受体(epithelial growth factor receptor,EGFR)表达下调。除了EGFR的下调外,小檗碱还可抑制致癌基因Myc、MDM2,并上调Sesn2的表达。EGFR的表达或活性增加与许多恶性肿瘤相关。Myc可增强细胞增殖、分化和凋亡。Sesn2可抑制PI3K/mTORC1轴的表达,进而抑制肿瘤细胞增殖。小檗碱能刺激Cbl依赖性EGFR下调以及抑制致

通讯作者:姚丽芬,E-mail:ylf0431@163.com

癌基因。表明其可作为抗癌药物的巨大潜力。有研究证实[24]，小檗碱能通过上调p21、p27的表达和下调CdkZ、Cdk4、Cdk6、cyclinD1、cyclinE的表达，使肿瘤细胞停留于G_1期，抑制前列腺癌、口腔癌、神经胶质瘤、皮肤癌、乳腺癌细胞的增殖。这为胶质瘤的治疗提供了新的切入点。

3 小檗碱对胶质瘤的影响

3.1 诱导胶质瘤细胞凋亡、抑制肿瘤细胞增殖 P53是一种抑癌蛋白，作为细胞应激反应的关键因素，它是肿瘤发生的主要障碍。CHOI M S等[25]对神经母细胞瘤细胞进行了研究，结果显示小檗碱可导致G_0/G_1期细胞周期停滞，引起神经母细胞瘤细胞p53依赖性细胞凋亡。EOM K S等[26]研究发现这种抑制增殖和诱导细胞死亡的作用呈剂量依赖性（50~200 μg/mL），IC_{50}值为134 μg/mL。Western blot分析表明，小檗碱诱导的G_1期阻滞是通过增加P27的表达、减少周期蛋白依赖性激酶（CDK）2、CDK 4、cyclinD和cyclinE蛋白的表达而实现的。小檗碱可通过诱导增加Bax/Bcl-2蛋白比例、破坏线粒体膜电位、激活procaspase-9、caspase-9、caspase-3和DNA修复酶（PARP），促进T98G细胞凋亡。EOM K S等[27]进一步探讨了小檗碱对人胶质母细胞瘤T98G细胞氧化应激和内质网（ER）相关分子的影响，发现这些分子与细胞死亡信号转导途径密切相关。小檗碱增加了活性氧的产生和细胞内钙离子的水平。通过检测内质网应激相关分子，如磷酸化蛋白激酶样内质网激酶、真核翻译起始因子-2α、葡萄糖调节蛋白78（免疫球蛋白重链结合蛋白）、DNA损伤诱导基因153等，可以证明小檗碱可诱导内质网应激，进而导致细胞凋亡。

CHEN T C等[28]对C_6大鼠神经胶质瘤细胞的试验证明小檗碱以剂量依赖的方式诱导细胞死亡。用浓度>50 μmol/L小檗碱处理后，C_6大鼠神经胶质瘤细胞的形态开始发生改变。用浓度为100 μmol/L小檗碱处理后，G_2/M细胞明显增多，但也抑制了细胞周期素B、CDK 1和Cdc25c的表达，导致G_2/M期阻滞。随着细胞毒性的增加，C_6胶质瘤细胞发生了线粒体细胞色素C释放、Caspase-9、Caspase-3、Caspase-8活化和DNA断裂等细胞凋亡事件。这些研究成果提示了小檗碱可作为神经母细胞瘤的一种抗肿瘤药物。

3.2 降低胶质瘤代谢活性 胶质瘤具有较高的代谢活性。代谢改变，尤其是线粒体代谢的改变，正在成为治疗胶质瘤的新思路。SUN Y X等[29]证实了小檗碱能降低胶质瘤细胞活力，诱发肿瘤样死亡。其特点是细胞肿胀、细胞质空泡和质膜泡，这些作用与细胞内三磷酸腺苷（ATP）耗竭有关。研究发现，小檗碱诱导的自噬具有保护作用，降低了氧消耗率（OCR），并通过抑制磷酸化的胞外调节蛋白激酶（P-ERK 1/2）抑制线粒体有氧呼吸，导致了糖酵解。此外，小檗碱还能抑制肿瘤的生长，抑制体内Ki-67和p-ERK 1/2的表达。结果表明，小檗碱能通过降低P-ERK 1/2活性，抑制线粒体有氧氧化，降低能量生产效率，达到降低胶质瘤代谢活性的作用。

肿瘤细胞侵袭是高度耗能的过程。从线粒体呼吸到糖酵解的转变，即Warburg效应，是癌细胞中最突出的代谢改变之一，并已被证实可增强癌细胞的侵袭。WANG J W等[30]对多形性GBM的研究发现小檗碱对胶质瘤细胞的代谢状态有不可忽视的影响。小檗碱可通过AMPK/mTOR/ULK1途径使肿瘤细胞糖酵解能力降低，并导致其线粒体动力学改变和自噬通量增加。在功能上，这些改变降低了肿瘤侵袭性、增殖潜力以及诱导GBM细胞凋亡。结果表明，小檗碱能显著减少胶质瘤的增殖，证明了小檗碱在癌症治疗中的潜在临床益处。

3.3 诱导胶质瘤细胞衰老 由于血脑屏障和血肿瘤屏障的存在，绝大多数化疗药很难进入脑组织。替莫唑胺（TMZ）[31]的出现使胶质瘤的治疗进入了一个崭新的时代。TMZ可以开放血肿瘤屏障，使药物直达病灶，具有突出的抗肿瘤作用。而LIU Q等[32]对U87、U251和U118胶质瘤细胞的研究发现，小檗碱对胶质瘤细胞具有比替莫唑胺更强的抗肿瘤作用，这要归因于其诱导细胞衰老的能力。EGFR的扩增和点突变是胶质瘤中最常见的遗传改变之一。在用小檗碱处理U87和U251细胞后，研究者们观察到EGFR水平显著降低。此外，RAF、MEK和ERK的磷酸化（活性）形式的水平均降低。该结果表明伴随着EGFR水平的下降，在小檗碱处理的神经胶质瘤细胞中RAF-MEK-ERK途径显著下调。然而，PI3K-AKT途径（EGFR下游的另一途径）未受影响。应该注意的是，虽然小檗碱干预后，在蛋白质水平下EGFR的量减少，但mRNA水平反而显示增加。这说明小檗碱对胶质瘤细胞衰老的诱导可能是通过下调EGFR-RAF-MEK-ERK途径，而并非是由于EGFR转录减少来实现的。由于EGFR扩增是多形性胶质母细胞瘤的特点，并能维持GBM的增殖，因此小檗碱对EGFR的有效下调提示在治疗GBM时可考虑使用小檗碱。

3.4 使人胶质瘤细胞对电离辐射敏感 胶质瘤对放疗敏感性低是目前胶质瘤预后差的主要原因之一。YOUNT G等[33]发现，用无毒剂量的小檗碱处理GBM细胞比载体处理的对照细胞对X射线更敏感。这些数据表明小檗碱可与术后放疗相结合，选择性地促进残留的多形性GBM肿瘤细胞死亡。这为胶质瘤的治疗提供了新方案。

4 小檗碱的联合应用

三氧化二砷（As_2O_3）在急性早幼粒细胞白血病患者中表现出抗癌活性，并可在体外诱导各种肿瘤细胞的凋亡。有研究[34]探讨了小檗碱和As_2O_3三氧化二砷对人胶质瘤细胞的联合作用，发现As_2O_3和小檗碱联合治疗胶质瘤细胞后，癌细胞的转移可以被显著抑制。与低级别的胶质瘤比较，高级别胶质瘤的主要特征是具有很强的侵袭力。PKC代表脂质依赖性丝氨酸/苏氨酸激酶家族，它的高表达与胶质瘤细胞高增殖状态、抗凋亡和侵袭能力有关。小檗碱联合As_2O_3的抗肿瘤效果可能是通过阻断参与癌细胞迁移的PKC介导的信号通路实现的。这项研究对于开发新的化疗方法来治疗恶性胶质瘤和癌症具有潜在的意义。

肿瘤微环境中的炎症介质具有许多促进肿瘤发展的作

用。它们有助于恶性细胞的增殖和存活，促进血管生成和转移，破坏适应性免疫反应，并改变对激素和化学治疗剂的反应。有研究[35]发现小檗碱能够降低骨肉瘤细胞中Caspase-1和IL-1β的表达并抑制肿瘤细胞的生长，且联合Caspase-1抑制剂处理后，对肿瘤细胞的抑制作用更强。Caspase-1是一种半胱氨酸依赖性的蛋白酶，也被称为IL-1β转化酶。Caspase-1在体内是以无活性的pro Caspase-1形式存在的，当机体受到各种体内或体外刺激以后，Caspase-1被相关炎症体激活，可促进下游靶分子分泌，进而参与一系列炎性相关的细胞程序性死亡。Caspase-1作为一种在炎性反应中发挥重要作用的酶，已被证实它的表达与胃癌分级、淋巴转移及生存率有关，其下游的IL-1β亦能特异性诱导肿瘤发生。而Caspase-1在胶质瘤患者组织中也有显著升高，并且炎症与胶质瘤之间的关系复杂。由此可见，小檗碱有望联合Caspase-1抑制剂治疗胶质瘤，成为治疗神经胶质瘤药物的新佐剂。

5 结　语

迄今为止，在人类癌症细胞系中获得的结果支持了小檗碱可能成为治疗癌症的新希望。虽然目前小檗碱的多种抗癌机制已被证实，也已经合成了许多衍生物以提高小檗碱的效率和选择性，但小檗碱在正常细胞中是具有一定毒性的[36]。用小檗碱（10 nmol/L至10 mmol/L）处理小脑颗粒神经元（CGN）和海马神经元（HCN）6 h的结果[37]表明，浓度小于0.3 mmol/L时小檗碱对CGN的轴突和树突的总体结构没有影响，浓度达到0.1 mmol/L时还可以适度增加细胞活力。然而，较高浓度（超过1 mmol/L）的小檗碱会干扰神经完整性并增加细胞核的凝结。10 mmol/L的小檗碱具有最大的毒性潜力，2 h后，它会增加氧化应激并降低神经元活力。所以探究小檗碱抗肿瘤机制时，仍需更多的精力投入研究来进一步明确其不良反应及毒副作用，以获得一种安全、有效的治疗方法。

参考文献

[1] OSTROM Q T, BAUCHET L, DAVIS F G, et al. The epidemiology of glioma in adults, a "state of the science" review[J].Neuro-Oncology,2014,16(7):896-913.

[2] 陈正和，陈忠平.胶质瘤治疗的现状与思考[J].广东医学，2017,38(1):1-2.

[3] KAMRANI RAD S Z, RAMESHRAD M, HOSSEINZADEH H. Toxicology effects of Berberis vulgaris(barberry) and its active constituent, berberine, a review[J].Iranian Journal of Basic Medical Sciences,2017,20(5):516-529.

[4] TILLHON M, ORTIZ L M, LOMBARDI P, et al. Berberine, New perspectives for old remedies [J].Biochemical Pharmacology,2012,84(10):1260-1267.

[5] TANG, Q L, LAI M L, ZHONG Y F, et al. Antinociceptive effect of berberine on visceral hypersensitivity in rats[J].World Journal of Gastroenterology,2013,19(28):4582-4589.

[6] ZHANG M, WANG C M, LI J, et al. Berberine protects against palmitate-induced endothelial dysfunction, Involvements of upregulation of AMPK and eNOS and Downregulation of NOX4[J].Mediators of Inflammation, 2013(4):260464.

[7] HEIDARIAN E, RAFIEIAN-KOPAEI M, KHOSHDEL A, et al. Metabolic effects of berberine on liver phosphatidate phosphohydrolase in rats fed on high lipogenic diet, an additional mechanism for the hypolipidemic effects of berber ine[J].Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine,2014,4(Suppl 1):S429-S435.

[8] ANSARI N, KHODAGHOLI F. Natural products as promising drug candidates for the treatment of alzheimer's disease, molecular mechanism aspect[J].Current Neuropharmacology,2013,11(4):414-429.

[9] WU Q, TANG Z H, PENG J, et al. The dual behavior of PCSK9 in the regulation of apoptosis is crucial in Alzheimer's disease progression (Review)[J].Biomedi-cal Reports,2014,2(2):167-171.

[10] CHEN Q, QIN R, FANG Y, et al. Berberine Sensitizes Human Ovarian Cancer Cells to Cisplatin Through miR-93/PTEN/Akt Signaling Pathway[J].Cellular Physiology and Biochemistry,2015,36(3):956-965.

[11] LEE Y C, LEE J W, HUANG C C, et al. Data supporting the identification of compound for inhibition of survivin of colorectal cancer by using ingenuity pathway analysis of gene expression profiling of colorectal cancer tissues[J].Data in Brief,2015(4):235-238.

[12] LU N, TONG Z, ZHANG M, et al. Effect and mechanism of EGFR expression in macrophages on the anticancer effect of berberine on colorectal cancer [J].Chinese journal of oncology,2015,37(5):342-346.

[13] LU J J, FU L, TANG Z, et al. Melatonin inhibits AP-2β/hTERT, NF-κB/COX-2 and Akt/ERK and activates caspase/Cyto C signaling to enhance the antitumor activity of berberine in lung cancer cells[J].Oncotarget, 2016,7(3):2985-3001.

[14] MISHAN M A, AHMADIANKIA N, MATIN M M, et al. Role of Berberine on molecular markers involved in migration of esophageal cancer cells[J].Cell Mol Biol (Noisy-le-grand),2015,61(8):37-43.

[15] TIAN Y, ZHAO L, WANG Y, et al. Berberine inhibits androgen synthesis by interaction with Aldo-Keto Reductase 1C3(AKR1C3) in 22Rv1 prostate cancer cells [J].Asian Journal of Andrology,2015,18(4):607-612.

[16] LI W, HUA B, SAUD S M, et al. Berberine regulates

AMP-activated protein kinase signaling pathways and inhibits colon tumorigenesis in mice[J].Molecular Carcinogenesis,2015,54(10):1096-1109.

[17] LI J, GU L, ZHANG H, et al. Berberine represses DAXX gene transcription and induces cancer cell apoptosis[J].Laboratory Investigation,2013,93(3):354-364.

[18] WANG Y, LIU Q, LIU Z, et al. Berberine, a genotoxic alkaloid, induces ATM-Chk1 mediated G2 arrest in prostate cancer cells[J].Mutation Research,2012,734(1):20-29.

[19] LI J, CAO B, LIU X, et al. Berberine Suppresses Androgen Receptor Signaling in Prostate Cancer [J]. Molecular Cancer Therapeutics,2011,10(8):1346-1356.

[20] MANTENA S K, SHARMA S D, KATIYAR S K. Berberine inhibits growth, induces G1 arrest and apoptosis in human epidermoid carcinoma A431 cells by regulating Cdki-Cdk-cyclin cascade, disruption of mitochondrial membrane potential and cleavage of caspase 3 and PARP[J].Carcinogenesis,2006,27(10):2018-2027.

[21] TSANG C M, CHEUNG K C P, CHEUNG Y C, et al. Berberine suppresses Id-1 expression and inhibits the growth and development of lung metastases in hepato-cellular carcinoma [J].Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease,2015,1852(3):541-551.

[22] HWANG J M, KUO H C, TSENG T H, et al. Berberine induces apoptosis through a mitochondria/caspases pathway in human hepatoma cells [J].Archives of Toxicology,2006,80(2):62-73.

[23] WANG L, CGO H, LU N, et al. Berberine inhibits proliferation and down-regulates epidermal growth factor receptor through activation of cbl in colon Tumor Cells [J].Plos One,2013,8(2):e56666.

[24] LETASIOVA S, JANTOVA S, CIPAK L, et al. Berberine-antiproliferative activity in vitro and induction of apoptosis/necrosis of the U937 and B16 cells[J].Cancer Letters,2006,239(2):254-262.

[25] CHOI M S, YUK D Y, OH J H, et al. Berberine inhibits human neuroblastoma cell growth through induction of p53-dependent apoptosis[J].Anticancer Re-search,2008,28(6A):3777-3784.

[26] EOM K S, HONG J M, YOUN M J, et al. Berberine induces G1 arrest and apoptosis in human glioblastoma T98G cells through mitochondrial/caspases path-way[J]. Biological & Pharmaceutical Bulletin,2008,31(4):558-562.

[27] EIM K S, KIM H J, SO H S, et al. Berberine-induced apoptosis in human glioblastoma T98G cells is mediated by endoplasmic reticulum stress accompanying reactive oxygen species and mitochondrial dysfunction[J]. Biological & Pharma-ceutical Bulletin,2010,33(10):1644-1649.

[28] CHEN T C, LAI K C, YANG J S, et al. Involvement of reactive oxygen species and caspase-dependent pathway in berberine-induced cell cycle arrest and apoptosis in C6 rat glioma cells[J].International Journal of Oncology,2009,34(6):1681-1690.

[29] SUN Y X, YU J, LIU X R, et al. Oncosis-like cell death is induced by berberine through ERK1/2-mediated impairment of mitochondrial aerobic respiration in gliomas[J].Biomedicine & Pharmacotherapy,2018(102):699-710.

[30] WANG J, QI Q, FENG Z, et al. Berberine induces autophagy in glioblastoma by targeting the AMPK/mTOR/ULK1 -pathway [J].Oncotarget,2016,7 (41):66944 -66958.

[31] 李鹤松.替莫唑胺对胶质瘤细胞U251凋亡的影响[J].现代药物与临床,2018,33(4):723-727.

[32] LIY Q, XU X, ZHAO M, et al. Berberine induces senescence of human glioblas-toma cells by downregulating the EGFR-MEK-ERK signaling pathway[J].Molecular Cancer Therapeutics,2015,14(2):355-363.

[33] YOUNT G, QIAN Y, MOORE D, et al. Berberine sensitizes human glioma cells, but not normal glial cells, to ionizing radiation in vitro[J].J Exp Ther Oncol, 2004,4(2):137-143.

[34] LIN T, KUO H, CHOU F, et al. Berberine enhances inhibition of glioma tumor cell migration and invasiveness mediated by arsenic trioxide[J].BMC Cancer,2008, 8(1):58.

[35] JIN H, JIN X, CAO B, et al. Berberine affects osteosarcoma via downregulating the caspase-1/IL-1β signaling axis[J].Oncology Reports,2017,37(2):729-736.

[36] PEREIRA C V, MACHADO N G, OLIVEIRA P J, et al. Mechanisms of berberine (natural yellow 18)-induced mitochondrial dysfunction, interaction with the adenine nucleotide translocator[J].Toxicological Sciences,2008, 105(2):408-417.

[37] KYSENIUS K, BRUNELLO C A, HUTTUNEN H J, et al. mitochondria and NMDA receptor-dependent toxicity of berberine sensitizes neurons to glutamate and Rotenone Injury[J].Plos One,2014,9(9):e107129

（收稿日期:2019-02-28 编辑:蒋凯彪）

引用:李冀,张文钊,田洪昭,左军,胡晓阳.尖叶假龙胆的化学成分和药理作用研究进展[J].中医药导报,2019,25(24):98-101,107.

尖叶假龙胆的化学成分和药理作用研究进展*

李　冀,张文钊,田洪昭,左　军,胡晓阳
(黑龙江中医药大学,黑龙江　哈尔滨　150040)

[摘要]　分析尖叶假龙胆的化学成分和药理作用。尖叶假龙胆主要化学成分为呫酮类化合物、环烯醚萜类化合物和木脂素类化合物,除此还有三萜类化合物、黄酮类化合物和甾体类化合物。尖叶假龙胆具有清热解毒、利胆退黄等功效,具有抗心律失常、抗心肌缺血、保护肝脏、抗肿瘤、改善胰岛素抵抗、抗氧化和抗炎等药理作用。

[关键词]　尖叶假龙胆;化学成分;药理作用;抗肿瘤;抗抑郁
[中图分类号]　R284　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0098-04

Research Progress in Chemical Constituents and Pharmacological Action of Gentianella Acuta

LI Ji, ZHANG Wen-zhao, TIAN Hong-zhao, ZUO Jun, HU Xiao-yang
(Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang 150040, China)

[Abstract]　The author reviewed the literatures of domestic and foreign countries in recent years and analyzed the pharmaceutical ingredients and pharmacological effects, in order to provide a theoretical basis for the development and utilization of Gentianella acuta. The main medicinal components of Gentianella acuta are Xanthones, iridoids and lignans. In addition, there are triterpenoids, flavonoids and steroids. It has the effects of clearing away heat and detoxifying, choleretic and yellowing, and has anti-arrhythmia, anti-myocardial ischemia, protection of liver, anti-tumor, improvement of insulin resistance, anti-oxidation and anti-inflammatory effects.

[Keywords]　Gentianella acuta; chemical constituenet; pharmacological action; anti-tumor; anti-depression

尖叶假龙胆为蒙、藏医学中的常用药,属于龙胆科植物,主要分布在中国北部、蒙古高原、西伯利亚和俄罗斯的远东地区[1]。作为蒙古族本土医学和鄂温克族民间药用植物,尖叶假龙胆已被广泛用于治疗腹泻、肝炎、心律失常、冠心病、黄疸、发热和头痛等疾病[2-3]。现代药理学研究表明其有抗肿瘤、抗抑郁、抗炎和抗氧化等作用。本文综述了近年国内外关于尖叶假龙胆的相关文献,归纳总结其化学成分和药理作用。

1　尖叶假龙胆的主要化学成分

尖叶假龙胆化学成分主要包括呫酮类化合物、萜类化合物、木脂素类化合物、黄酮类化合物和甾体类化合物,其中呫酮类化合物和环烯醚萜类化合物是其主要成分。

1.1　呫酮类

呫酮类化合物在尖叶假龙胆化学成分中占主导地位[4]。URBAIN A等[5]在室温下依次用二氯甲烷和甲醇对尖叶假龙胆植物粉末进行提取,以水溶解甲醇提取物,然后依次用乙醚、乙酸乙酯和正丁醇萃取,萃取物用高速逆流色谱法和Sephadex LH-20柱色谱法结合进行分离,获得10种呫酮类化合物,分别为dimeric swertiabisxanthone-I、bellidin、雏菊叶龙胆酮(bellidifolin)、triptexanthoside C、corymbiferin-3-O-glucoside、金不换苷(veratri loside)、corymbiferin-1-O-glucoside、当药醇苷(swertianolin)、去甲基当药醇苷(norswertianolin)、swertiabisxanthone-I-8′-glucoside。LV L J等[6]和李旻辉等[7]应用传统硅胶柱色谱法和Sephadex LH-20柱色谱法结合的方法提取呫酮类化合物有雏菊叶龙胆酮-8-O-葡萄糖苷(bellidifolin-8-O-glucoside)、芒果苷(mangiferin)、二甲基龙胆酮酚(demethylbellidifolin)、雏菊叶龙胆酮(bellidifolin)、8-O-β-D-吡喃葡萄糖基-1,3,5-三羟基呫酮(Norswertianolin)。匡海学等[8]将粉末状尖叶假龙胆用70%乙醇回流提取,通过大孔吸附树脂色谱柱吸附,采用硅胶、ODS柱色谱和制备型

*基金项目:国家自然科学基金面上项目(81874426)
通讯作者:胡晓阳,E-mail:zwz900311@126.com

HPLC等色谱技术分离提纯出12种化合物，分别为1,7-二羟基-3-甲氧基呫酮-7-O-β-D-吡喃葡萄糖苷、紫药苷、1,3,8-三羟基-4,5-二甲氧基呫酮-1-O-β-D-吡喃葡萄糖基(6→1)-O-β-D-吡喃葡萄糖苷、1,2,8-三羟基-5,6-二甲氧基呫酮-2-O-β-D-吡喃葡萄糖苷、1,3,7,8-四羟基呫酮-1-O-β-D-吡喃葡萄糖苷、1,3,5,8-四羟基-5,6,7,8-四氢呫酮、1,3,5-三羟基呫酮、1,3,5,8-四羟基呫酮、1,2,8-三羟基-5,6-二甲氧基呫酮,雏菊叶龙胆酮,芒果苷,当药醇苷。魏茜[9]利用大孔树脂对尖叶假龙胆提取物进行富集,得到1,5-dihydroxy-3-methoxyxanthone-8-O-β-D-glucopyranosyl-(1→6)-β-D-glucopyranoside、1,8-dihydroxy-3-methoxyxanthone-5-O-β-D-glucopyranosyl-(1→6)-β-D-glucopyranoside、5-hydroxy-3,4,8-trimethoxyxanthone-1-O-β-D-glucopyranoside、1,8-dihydroxy-3,4-dimethoxyxanthone-5-O-β-D-glucopyranoside,异当药醇苷(isoswertianolin)、1,7-dihydroxyxanthone3-O-β-D-glucopyranoside、1-hydroxy-3-methoxyxanthone-7-O-β-D-glucopyranoside。WANG Z[10]从尖叶假龙胆中分离出5-hydroxy-3,4,6-trimethoxyxanthone-1-O-β-D-glucopyranoside和(5′S,8′S)-1,3,5,8-tetrahydroxyxanthone (7→2′)-1,3,5,8-tetrahydroxy-5′,6′,7′,8′-tetrahydroxanthon两种新的化合物。(见表1)

1.2 萜类化合物 萜类化合物主要包括环烯醚萜类和三萜类,环烯醚萜类是尖叶假龙胆的主要化学成分。倪雅娟等[11]应用大孔吸附树脂法从尖叶假龙胆提取物中分离出7个化合物成分,分别为secologanol、secologanoside、secoxyloganin、swertiamarin、eustomoside、6′-O-β-D-glucopyranosylsweroside、6′-O-β-D-glucopyranosy lgentiopicroside。刘艳霞等[12]从尖叶假龙胆提取物中获得了6个单体成分,分别为马钱子酸(loganicacid)、7-ketologanin、裂环马钱素(secologanin)、獐牙菜苷(sweroside)、2′-间羟基苯甲酰獐牙菜苷(deacetylcentapicrin)和decentapicrinA。除此之外,还有学者提取出decentapicrin[13]、龙胆苦苷(gentiopicroside)[14]和decentapicrin[9]。三萜类化合物

表 1 呫酮类化合物

序号	化合物名称	文献
1	Dimeric swertiabisxanthone-I	[5]
2	Bellidin	[5]
3	雏菊叶龙胆酮(bellidifolin)	[5][7][8]
4	triptexanthoside C	[5]
5	corymbiferin-3-O-glucoside	[5]
6	金不换苷(veratri loside)	[5]
7	corymbiferin-1-O-glucoside	[5]
8	当药醇苷(swertianolin)	[5][8]
9	去甲基当药醇苷(norswertianolin)	[5]
10	swertiabisxanthone-I-8′-glucoside	[5]
11	雏菊叶龙胆酮-8-O-葡萄糖苷(bellidifolin-8-O-glucoside)	[6]
12	芒果苷(mangiferin)	[6][8]
13	二甲基龙胆酮酚(demethylbellidifolin)	[6]
14	8-O-β-D-吡喃葡萄糖基-1,3,5-三羟基呫酮 (Norswertianolin)	[7]
15	1,7-二羟基-3-甲氧基呫酮-7-O-β-D-吡喃葡萄糖苷	[8]
16	紫药苷	[8]
17	1,3,8-三羟基-4,5-二甲氧基呫酮-1-O-β-D-吡喃葡萄糖基(6→1)-O-β-D-吡喃葡萄糖苷	[8]
18	1,2,8-三羟基-5,6-二甲氧基呫酮-2-O-β-D-吡喃葡萄糖苷	[8]
19	1,3,7,8-四羟基呫酮-1-O-β-D-吡喃葡萄糖苷	[8]
20	1,3,5,8-四羟基-5,6,7,8-四氢呫酮	[8]
21	1,3,5-三羟基呫酮	[8]
22	1,3,5,8-四羟基呫酮	[8]
23	1,2,8-三羟基-5,6-二甲氧基呫酮	[8]
24	1,5-dihydroxy-3-methoxyxanthone-8-O-β-D-glucopyranosyl-(1→6)-β-D-glucopyranoside	[9]
25	1,8-dihydroxy-3,4 -dimethoxyxanthone-5-O-β-D-glucopyranoside	[9]
26	异当药醇苷 (isoswertianolin)	[9]
27	1,7-dihydroxyxanthone3-O-β-D-glucopyranoside	[9]
28	1-hydroxy-3-methoxyxanthone-7-O-β-D-glucopyranoside	[9]
29	5-hydroxy-3,4,6-trimethoxyxanthone-1-O-β-D-glucopyranoside	[10]
30	(5′S,8′S)-1,3,5,8-tetrahydroxyxanthone(7→2′)-1,3,5,8-tetrahydroxy-5′,6′,7′,8′-tetrahydroxanthon	[10]

主要包括熊果酸和齐墩果酸[6,14]。(见表2)

表2 萜类化合物

序号	化合物名称	文献
1	Secologanol	[11]
2	Secologanoside	[11]
3	Secoxyloganin	[11]
4	Swertiamarin	[11]
5	Eustomoside	[11]
6	6'-O-β-D-glucopyranosylsweroside	[11]
7	6'-O-β-D-glucopyranosylgentiopicroside	[11]
8	马钱子酸(loganicacid)	[12]
9	7-ketologanin	[12]
10	裂环马钱素(secologanin)	[12]
11	獐牙菜苷(sweroside)	[12]
12	2'-间羟基苯甲酰獐牙菜苷(deacetylcentapicrin)	[12]
13	decentapicrinA	[12]
14	decentapicrin	[13]
15	龙胆苦苷(gentiopicroside)	[14]
16	decentapicrin	[9]

1.3 木脂素类化合物 王知斌等[15]采用硅胶柱色谱和ODS柱色谱等技术从尖叶假龙胆中提取9种成分,包括脱氢二松柏醇-4,9′-O-β-D-葡萄吡喃糖苷、橙皮素A、alaschanisoside A、橄榄树脂素-4′-O-β-D-葡萄吡喃糖苷、leptolepisol D、无梗五加苷D、(+)松脂素-4-O-β-D-葡萄吡喃糖苷、(+)8-羟基-松脂素-4-O-β-D-葡萄吡喃糖苷、(+) 松脂素-8-O-β-D-葡萄吡喃糖苷。魏茜[9]应用大孔树脂富集从尖叶假龙胆中获得化合物(7R,8S)-dehydrodiconiferylalcohol-9-O-β-D-glucopyranoside和(7R,8S)-dehydrodiconiferylalcohol-4-O-β-D-glucopyranoside[8]。(见表3)

表3 木脂素类化合物

序号	化合物名称	文献
1	脱氢二松柏醇-4,9'-O-β-D-葡萄吡喃糖苷	[15]
2	橙皮素A	[15]
3	alaschanisoside A	[15]
4	橄榄树脂素-4'-O-β-D-葡萄吡喃糖苷	[15]
5	leptolepisol D	[15]
6	无梗五加苷D	[15]
7	(+)松脂素-4-O-β-D-葡萄吡喃糖苷	[15]
8	(+)8-羟基-松脂素-4-O-β-D-葡萄吡喃糖苷	[15]
9	(+)松脂素-8-O-β-D-葡萄吡喃糖苷	[15]
10	(7R,8S)-dehydrodiconiferylalcohol-9-O-β-D-glucopyranoside	[9]
11	(7R,8S)-dehydrodiconiferylalcohol-4-O-β-D-glucopyranoside	[8]

1.4 其它类化合物 尖叶假龙胆中化学成分还包括黄酮类、甾体类等其它类化合物。黄酮类化合物包括异牡荆苷、异荭草素等[16]。甾体类化合物有β-谷甾醇(β-Sitosterol)、胡萝卜苷(Daucosterol)[7]除此之外,还有芬酸类化合物如没食子酸[14]。

2 药理作用

尖叶假龙胆味苦性凉,全草具有清热解毒、利胆等功效。在鄂温克族民间和蒙药中广泛用于治疗心律失常和冠心病。尖叶假龙胆在我国俗称“稳心草”。现代药理学研究表明其有抗心律失常、保护肝脏、抗抑郁、改善胰岛素抵抗、抗氧化和抗炎等作用。

2.1 保护心脏 LI A Y等[17]研究尖叶假龙胆提取物对异丙肾上腺素(ISO)诱导的大鼠氧化应激、纤维化和心肌损伤的作用及相关机制,发现其水提取物能增加心脏组织超氧化物歧化酶(SOD)活性和谷胱甘肽(GSH)水平,防止丙二醛(MDA)的升高,并降低羟脯氨酸的含量。尖叶假龙胆提取物能降低转化生长因子β_1(TGF-β_1)和结缔组织生长因子(CTGF)的表达,抑制NF-KB-P65在心肌组织中的表达和活化。表明尖叶假龙胆水提物可能通过预防氧化应激和纤维化来预防ISO诱导的心脏功能障碍,其机制可能是通过抑制NF-κB途径实现的。WANG Z等[3]发现尖叶假龙胆中mangiferin和demethylbellidifolin对H_2O_2诱导的心肌细胞损伤具有明显的保护作用。WANG Z等[10]研究表明,从尖叶假龙胆中提取的呫酮类化合物能显著改善心肌功能(LVDP,±dp/dt max和CF),增加超氧化物歧化酶(SOD)、过氧化氢酶(CAT)、琥珀酸脱氢酶(SDH)、苹果酸脱氢酶(MDH)和ATP的含量,增加谷胱甘肽/谷胱甘肽二硫化物的比例(GSH/GSSG),而抑制乳酸脱氢酶(LDH),肌酸激酶(CK)和丙二醛(MDA)的水平,上调抗凋亡蛋白Bcl-2蛋白水平并下调Bax蛋白水平。尖叶假龙胆中的呫酮类化合物通过其抗氧化作用和抗凋亡作用对心肌I/R损伤具有心脏保护作用。武海军等[18]发现呫酮类化合物雏菊叶龙胆酮(bellidifolin)具有抗心律失常的作用,其中大剂量组(0.024 mg/kg)、中剂量组(0.012 mg/kg)可使麻醉后的SD大鼠心律减慢,P波时间和电压略有抬高,P-R间期明显缩短,QRS时限延长。吕丽娟等[19]研究表明,从尖叶假龙胆中提取的当药醇苷能改善乌头碱导致的心律失常,当药醇苷低、中、高剂量组均能缓解小鼠传导阻滞和室速状况,改善心肌心率失常。沈晓璞[20]研究表明,稳心丹(尖叶假龙胆、丹参和当归配伍)能明显降低心肌缺血再灌注损伤模型大鼠血清中肌酸激酶同工酶(CK-MB)、心肌肌钙蛋白(cTn-I)含量,减少大鼠心肌梗死面积;稳心丹可激活PI3K/Akt信号转导通路,提高心肌组织P-Akt蛋白表达,减少NF-KB、Cox-2蛋白表达,下调炎症因子TNF-α、IL-6的表达,减轻心肌损伤程度,进而保护心脏。李冀等[21]研究表明,尖叶假龙胆提取物(3 g/kg)能降低心肌缺血再灌注模型大鼠血清中血栓烷B_2(TXB_2)、6-酮前列腺素F1α(6-酮-PGF1α)的含量,可通过抗血小板聚集和扩张血管保护心肌免受缺血再灌注损伤。

2.2 抗肿瘤作用 芦冲等[22]研究表明,尖叶假龙胆醇提物(EEGA)含药血清可促进人肺癌A549细胞株的凋亡,延缓细胞生长周期,具有一定的抗肿瘤作用。王呈样等[23]应用MTT比色法和流式细胞术研究尖叶假龙胆与乌腺金丝桃配伍抗的癌作用,结果发现2:1配伍可显著抑制人肺癌A549细胞增殖和促进A549细胞的凋亡,促进细胞凋亡机制可能与线粒体和死亡受体信号通路有关。尖叶假龙胆与乌腺金丝桃配伍可明显上调死亡受体Fas、Fasl, 凋亡因子Caspase-8、Caspase-3、Bax、Cyt-c及Caspase-9蛋白表达,下调抗凋亡蛋白Bcl-2的表达;张睿苏等[24]研究表明,尖叶假龙胆与半枝莲配伍能抑制人肝

癌细胞Bel-7402增殖,诱导其凋亡,药物比例2:1效果最好。

2.3 保护肝脏 胡晓阳等[25]采用尖叶假龙胆提取液行灌胃干预酒精性肝损伤大鼠,发现酒精性肝损伤大鼠血清中的天冬氨酸转氨酶(AST)、丙氨酸转氨酶(ALT)浓度降低;肝组织匀浆中超氧化物歧化酶(SOD)的浓度和谷胱甘肽(GSH)的浓度升高。表明尖叶假龙胆提取液有护肝功效。刘宇飞等[26]研究表明,尖叶假龙胆配伍枳椇子组方(1:1、2:1、1:2)能降低慢性酒精性肝损伤大鼠模型血清中ALT、AST、甘油三酯(TG)、总胆固醇(CHO)、白介素6(IL-6)和肿瘤坏死因子-α(TNF-α)含量,缓解酒精对肝脏的损伤,其机制可能与抗脂质过氧化和炎症有关。

2.4 抗抑郁 吴全娥等[27]研究表明,尖叶假龙胆与石菖蒲(1:1、1:2、2:1)能提高抑郁大鼠糖水偏好度,缩短强迫游泳不动时间,提高海马5-羟色胺(5-HT)和Y-氨基丁酸(GABA)含量、降低谷氨酸(Glu)含量,并且发现1:2组改善抑郁大鼠抑郁状态最明显。

孟凡昊等[28]发现尖叶假龙胆能改善抑郁大鼠行为学指标,同时升高大鼠海马5-HT浓度,降低血清中促肾上腺皮质激素(ACTH)和皮质醇(CORT)含量。表明尖叶假龙胆能够改善慢性应激抑郁大鼠的抑郁样行为,其抗抑郁的作用机理与调节脑中单胺类神经递质,进而调节下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA)轴平衡有关。

2.5 改善胰岛素抵抗 魏颖等[29]和高佳琪等[30]应用葡萄糖氧化酶法检测研究得出尖叶假龙胆大孔树脂95%、70%提取部位和乙酸乙酯提取部位能明显影响HepG2和H4ⅡE细胞糖消耗,改善胰岛素抵抗。高佳琪等[31]研究表明,尖叶假龙胆乙酸乙酯提取部位改善胰岛素抵抗作用机制可能与上调HepG2细胞胰岛素信号通路关键靶点IRS-1、Akt基因和蛋白表达有关。

2.6 抗氧化 吕丽娟等[32]研究表明,从尖叶假龙胆正丁醇和醋酸乙酯部位分离提纯的化合物雏菊叶龙胆酮、去甲基雏菊叶龙胆酮、当药醇苷和去甲基当药醇苷对H_2O_2诱导PC12细胞氧化损伤具有保护作用,其中雏菊叶龙胆酮、去甲基雏菊叶龙胆酮抗氧化作用呈浓度依赖性,当药醇苷和去甲基当药醇苷不呈现剂量依赖性。尖叶假龙胆可通过抗氧化保护肝脏和心肌[10,25]。

2.7 抗炎作用 董壮等[33-34]研究表明,尖叶假龙胆、秦艽配伍可明显改善类风湿关节炎大鼠足趾肿胀,降低血清中干扰素-γ(IFN-γ)、白介素4(IL-4)和肿瘤坏死因子-α(TNF-α)表达水平,调节机体免疫;尖叶假龙胆、秦艽比例2:1效果最显著。尖叶假龙胆可通过抗炎作用保护肝脏和心肌[20,26]。

3 小 结

尖叶假龙胆多用于蒙、藏医学中,主要化学成分包括呫酮类、萜类、木脂素类、黄酮类和甾体类化合物;功效为清热利湿、利胆退黄,现代药理学研究表明其还有保护心脏、缓解心率失常和心肌缺血、抗肿瘤、抗抑郁、保护肝脏、改善胰岛素抵抗、抗氧化和抗炎等作用。

参考文献

[1] WANG Z, WU Q, YU Y, et al. Determination and pharmacokinetic study of four xanthones in rat plasma after oral administration of Gentianella acuta extract by UHPLC -ESI -MS/MS. [J].Journal of Ethnopharmacology, 2015, 174:261-269.

[2] LV L J, WANG Y F, YAN T, et al. Preparation of swertianolin from Gentianella acuta and its effects on arrhythmia induced by aconitine in mice [J].Chin. J. New Drugs Clin Rem,2015,34(8):630-635.

[3] WANG Z, WU G, LIU H, et al. Cardioprotective effect of the xanthones from, Gentianella acuta, against myocardial ischemia/reperfusion injury in isolated rat heart [J].Biomedicine & Pharmacotherapy,2017,93(6):626-635.

[4] FENG C Y, WU Q, YIN D D, et al. Determination of xanthones and flavonoids of methanol extracts obtained from different parts of the plants of three Gentianaceae species[J].Pharm Biomed Anal,2018,161:455-463.

[5] URBAIN A, MARSTON A, BATSUREN D, et al. Preparative isolation of closely -related xanthones from Gentianella amarella ssp. acuta by High-speed counter-current chromatography [J]. Phytochem Anal,2010,19(6):514-519.

[6] LV L J, LI M H. Terpenoids, flavonoids and xanthones from Gentianella acuta[J].Biochemical Systematics and Ecology,2009,37(4):497-500.

[7] 李旻辉,靳敏,张海涛,等.尖叶假龙胆化学成分研究[J].包头医学院学报,2011,27(2):13-14.

[8] 匡海学,王斌,吴倩倩,等.尖叶假龙胆化学成分的研究[J].中成药,2017,39(12):2546-2550.

[9] 魏茜.尖叶假龙胆化学成分及含量测定研究[D].北京:北京中医药大学,2014.

[10] WANG Z, WU G, YU Y, et al. Xanthones isolated from Gentianella acuta and their protective effects against H2O2-induced myocardial cell injury.[J].Natural Product Research,2018,32(18):2171-2177.

[11] 倪雅娟,刘艳霞,阮静雅,等.尖叶假龙胆全草中环烯醚萜苷类成分的分离与鉴定(Ⅱ)[J].中国药物化学杂志,2017,27(2):133-137.

[12] 刘艳霞,史文中,倪雅娟,等.尖叶假龙胆全草中环烯醚萜苷类成分的分离与鉴定[J].沈阳药科大学学报,2016,33(9):702-705,722.

[13] 匡海学,王知斌,王秋红,等.一种治疗心律失常的尖叶假龙胆提取物及其制备方法和用途:中国,CN103638096A[P].2014-03-19.

[14] 李旻辉.尖叶假龙胆化学成分研究[D].包头:包头医学院,2005.

[15] 王知斌,翟亚东,于莹,等.尖叶假龙胆中木脂素类成分的分离与鉴定[J].中药材,2014,37(5):800-803.

[16] 翟亚东.尖叶假龙胆化学成分及抗心肌缺血作用研究[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2015. (下转第107页)

分 析

引用:程杏云.骨科中医护理研究文献的可视化分析[J].中医药导报,2019,25(24):102-107.

骨科中医护理研究文献的可视化分析*

程杏云

(上海市第八人民医院/上海交通大学附属第六人民医院徐汇分院,上海 200233)

[摘要] 根据CNKI中有关文献,运用科学计量工具Citespace绘制知识图谱,对骨科中医护理研究领域进行可视化分析。骨科中医护理研究领域合作关系松散,无影响较大的作者或团队;从关键词的词频、中心性及聚类分析来看,膝骨关节炎、疼痛、便秘、中医辨证施护、股骨颈骨折、患者、护理干预、腰椎间盘突出症为研究热点,以中医临床护理效果为主;研究方向聚焦在辨证施护、中医、中药熏蒸、熏洗、压疮、骨质疏松、临床疗效、克氏针、腰椎间盘突出症、胸腰椎、尿潴留、髋部骨折等方面;研究趋向整体观、辨证观及中西医结合的综合护理,挖掘中医特色护理技术,深入关注以患者为中心的疼痛、长期卧床护理、睡眠质量和焦虑,更多关注老年患者;该领域研究者共识逐渐增加,正处于学科发展范式的前科学时期。

[关键词] 中医护理;骨伤;综述;可视化分析;骨科护理

[中图分类号] R248 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2019)24-0102-06

Visualization Analysis on Research Literature of Traditional Chinese Medicine Nursing in Orthopaedics

CHENG Xing-yun

(Xuhui Branch, The Sixth People's Hospital Affiliated to Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200233,China)

[Abstract] According to the relevant documents published on CNKI, Citespace is used to draw knowledge maps for visual analysis in the field of Chinese medicine nursing on orthopedic. The research shows that: (1) The cooperation relationship in this field is loose, and there is no author or team with great influence. (2) Osteoarthritis of knee joint, pain, constipation, TCM differential nursing, femoral neck fracture, patients, nursing intervention, lumbar intervertebral disc herniation are the research hotspots, with TCM clinical nursing effect as the main focus. (3) The research direction focuses on syndrome differentiation nursing, traditional Chinese medicine, Chinese medicine fumigation, fumigation and washing, pressure sore, osteoporosis, clinical efficacy, Kirschner wire, lumbar intervertebral disc herniation, thoracolumbar spine, urinary retention, hip fracture, and so on. (4) Researchs tend to holistic view, dialectical view and integrated nursing of traditional Chinese and Western medicine, excavate traditional Chinese medicine characteristic nursing technology, pay close attention to patient-centered pain, long-term bedridden nursing, sleep quality and anxiety, and pay more attention to elderly patients. (5) The consensus of researchers in this field is gradually increasing, and it is in the pre-scientific period of discipline development paradigm.

[Keywords] Chinese medicine nursing; bone injury; review; visual analysis; orthopaedic nursing

中医护理是在中医理论的指导下,以“整体观念”“辨证论治”为主导思想,运用中医简、便、验、廉的特色护理技术,同时善于利用情志调理,具有身心同调作用的个性化护理。针对临床中骨科患者由于受伤或手术后经常会出现气血瘀滞,甚或骨断筋伤的情况,中医护理的特色理念及特色技术在此发挥了巨大的作用[1-2]。对中医骨科护理领域开展研究,无论是对中医特色技术的传承及应用,还是对优质护理践行与实施都具有重大的意义。

*基金项目:上海市徐汇区医学尖峰高原高峰学科建设项目(SHXH201702)

通讯作者:程杏云,E-mail:zhujs1803@163.com

Citespace是由美国德雷赛尔大学、美籍华裔教授陈超美使用java语言研发的信息或文献的可视化软件[3],以库恩的科学发展模式、结构洞、普赖斯的科学前沿理论以及知识单元的游离和重组为代表的学科知识图谱等[4]为理论基础。Citespace能清晰地展现作者、机构、国家的合作网络,关键词、主题词、文献来源、学科等的共现网络,文献、作者、期刊等的共被引网络,以及文献的耦合网络。在此基础之上分析学科领域的热点及前沿。

中国知网作为国内最大的综合性的文献数据库[5],涵盖了多方面的学科领域,有利于分析主题领域与其他学科的交叉情况,同时也有效地保证了Citespace所要求的优先查全率的检索策略。因此本研究选取了中国知网作为分析文献数据的来源。

本研究借助文献计量工具Citespace对中医骨科护理相关文献开展可视化研究,分析领域研究现状、热点和随时间变化的趋势,把握中医骨科护理领域的发展脉络。

1　资料与方法

1.1　文献计量工具及数据库　本研究采用Citespace作为文献计量工具,以中国知网作为分析文献数据的来源。

1.2　检索词及策略　本研究对象为“中医骨科护理”相关的文献,根据中国知网检索语法特点,在保证优先查全率的要求下,检索策略采取专业表达式检索的摘要检索方式。检索词分为3个表达部分:中医、骨科、护理,其中骨科由“骨”“骨伤”“骨科”“骨折”等构成。检索时间跨度为有记录以来到2018年11月12日,跨库检索删除了“报纸”类别,选取中文检索,其他选项为默认。

1.3　文献数据处理　将中国知网检索的文献记录导入Citespace,转换格式后,设置参数,时间段为2008年到2018年,时间切片1年;网络裁剪为None,其他选项默认。

2　结　　果

2.1　文献资料检索结果　共检索出1802条文献,在筛选、剔除了无关主题的文献记录之后剩余1678条,各年段发文量如

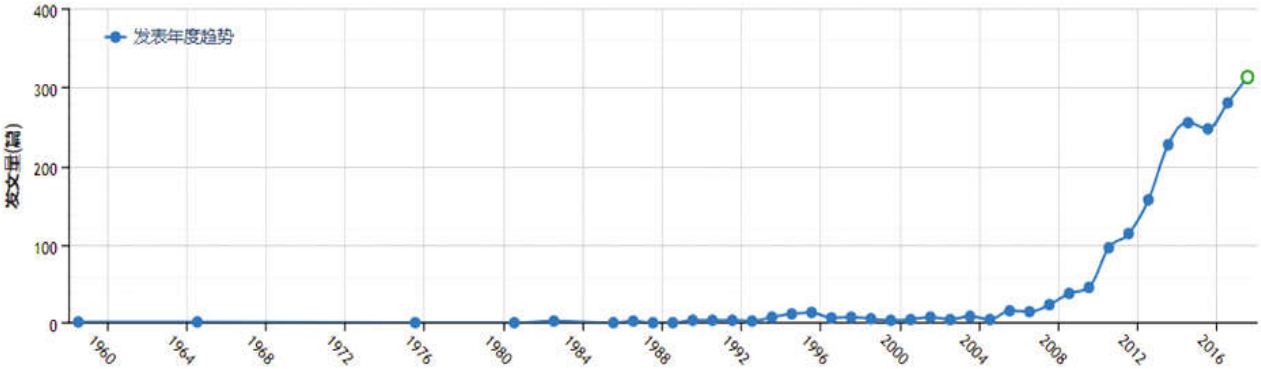


图 1　发文量分析

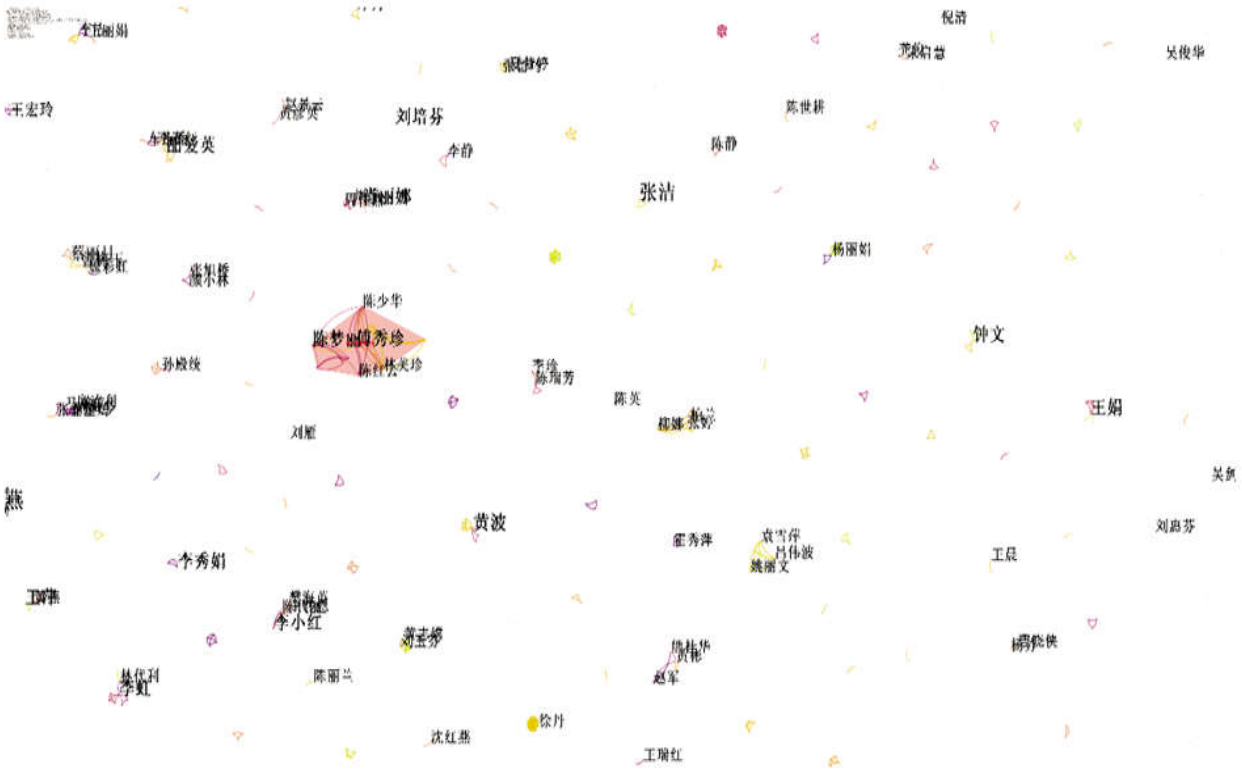


图 2　作者合作网络分析

图3　机构合作网络分析

图1所示。与中医骨科护理相关的文献研究出版量自2008年开始攀升，因此本研究后续将分析的文献时间跨度设定为2008年至2018年共10年。

2.2　作者合作网络分析　合作网络是基于所选取的节点类型在文献记录中共同出现的频次而决定的。Node Types选取Author，Top N%设置为30%，运行后得到作者合作网络，如图2所示。聚类后*Q*值0.99，*S*值0.4，共1019个聚类，但仅一个以剪切值为1的较明显聚类，是以傅秀珍、陈梦丽为代表的广东省中医院的团队。作者发文量排名前5的为王海燕、张洁、顾爱焕、邢林波、李玉恒。作者中心性均为0，为缺乏有影响力作者。

2.3　机构合作网络分析　Node Types选取Institution，Top N%设置为30%，得到如图3所示的机构合作网络。其中发文量前5的机构为浙江省舟山市中医骨伤联合医院、辽宁中医药大学附属医院、河南省洛阳正骨医院、深圳平乐骨伤科医院坪山院区、广西中医药大学第一附属医院和陕西中医药大学附属医院。其中广西中医药大学第一附属医院和陕西中医药大学附属医院均列第5，排名第1的浙江省舟山市中医骨伤联合医院远远高于第2位。聚类后*S*值0.05，未能取得良好的聚类。

2.4　关键词共现网络分析　共现网络是基于所选取的节点类型在文献记录中共同出现的频次而决定的。Node Types选取Keyword，Top N%设置为共现频次排前20%，将同义关键词合并，运行后将节点标签隐去，得到关键词共现网络，如图4所示。其中节点连线的颜色反应的是首次共现时间，厚度反映的是共现次数。关键词排名前10的分别是中医护理、护理、膝关节骨性关节炎、骨折、骨科、中医、疼痛、便秘、中医辨证施护、股骨颈骨折；而中心性排名前十的有护理(0.21)、骨折(0.19)、中医护理(0.16)、疼痛(0.16)、中医(0.12)、膝关节骨性关节炎(0.11)、患者(0.11)、骨科(0.10)、护理干预(0.10)、腰椎间盘突出症(0.10)。聚类后*Q*值0.58，*S*值0.86，共获得14个较明显聚类，利用LLR算法提取代表性Keyword给聚类加标签，如图5，其中具有代表性的聚类(剪切值≥0.7)共12个。(见表1)

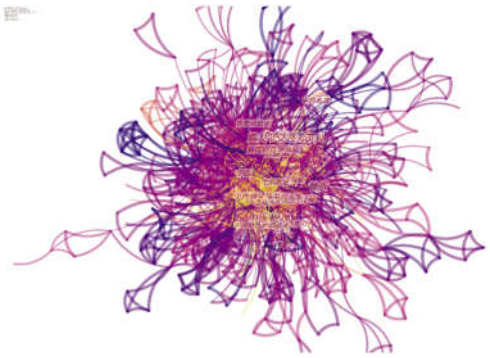


图4　关键词共现网络分析

图5　关键词共现网络聚类

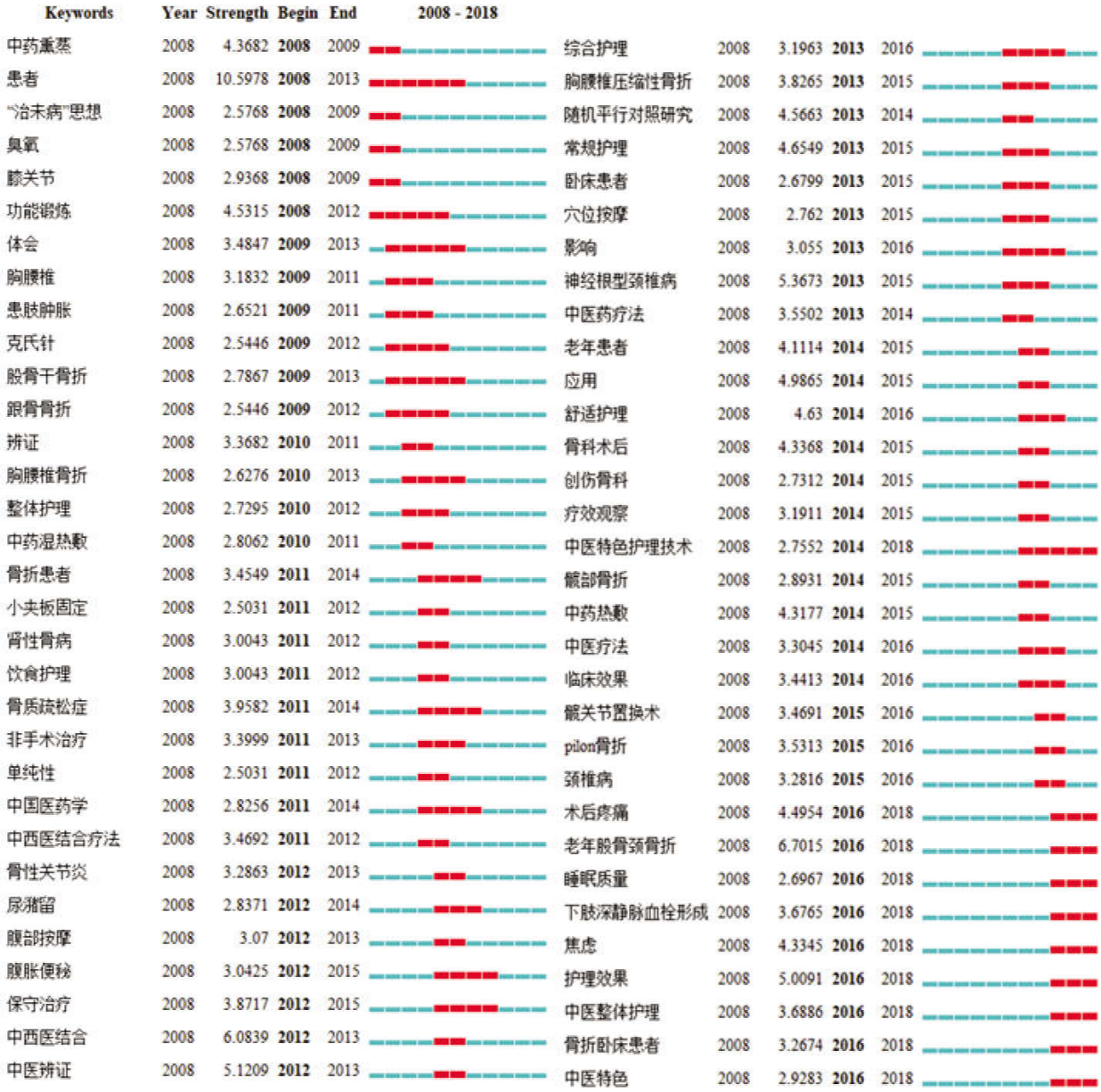


图 6　关键词突现性分析

表 1　关键词聚类信息

序号	聚类ID	节点数	剪切值(S)	标签(LLR)
1	#2	51	0.755	压疮
2	#3	44	0.771	辨证施护
3	#4	37	0.796	骨质疏松
4	#5	36	0.818	中药熏蒸
5	#6	36	0.808	临床疗效
6	#7	35	0.846	中医
7	#8	30	0.856	克氏针
8	#9	26	0.847	腰椎间盘突出症
9	#10	24	0.974	胸腰椎
10	#11	21	0.975	尿潴留
11	#12	20	0.947	熏洗
12	#13	18	0.917	髋部骨折

对关键词的突现性进行检测分析，发现共有64个突现词，如图6所示。其中Year列为该关键词开始出现的年份，Strength为突现强度，Begin到End列为该突现词的半衰期，后面的线条即半衰期的可视化。

3　讨　论

从年发文量可以看出，有关中医护理在骨科的应用在2008年后才开始稳步增长，说明自2008年之后，中医护理在骨科已经开始受到关注，与之有关的研究陆续地开展。这种增长可以部分解释为国家对科研的投入力度加大。

3.1　社会合作关系　合作网络表示的是相关节点社会关系的密切程度，从图2可以看出作者合作网络节点之间形成的小型合作网络较多而较分散，相互之间缺少关联，形成的是各自研究、缺乏合作的状态，缺乏有较大影响力的作者或团队。经聚类的合作网络Q值较高，中心性均为零，也显示该作者网络各作者发文量差异较小，未出现有代表性的作者。S值0.4>0.3，表示聚类取得了较好的效果，获得的1000多个聚类

中仅一个以广东省中医院骨区团队为代表的较明显聚类。

其中以傅秀珍、陈梦丽为代表的广东省中医院的团队聚类，其剪切值为1，说明该节点团队边缘区分度较高，与其他团队联系较少，进一步说在该领域各团队之前缺乏合作。颜色色调较冷，为开展这方面的研究年代较早，从所分析年代跨度的起始年2008年开展的中药复方四子散药熨对膝关节骨性关节炎的研究[6]到最近2018年的中药复方四子散热敷穴位对骨折患者的研究[7]，研究持续时间长。其团队最高被引量文章[8]为2013年发表在《广东医学》杂志上有关腰椎间盘突出症中医证候及辨证护理的探讨，被引量达到了41；最近的高被引文章[9]是2015年发表的关于腰椎间盘突出症中医护理优于常规护理的研究，被引量30。这些都显示该团队研究主题较为集中，聚焦在腰椎间盘突出症、中药热敷以及膝关节骨性关节炎。

机构的合作网络分析结果也显示了各机构单位之间合作力度小，在该领域亦未能形成有影响力的单位机构。其中排名前5的机构中有3个单位均是以“中医骨伤”为主的专业医院：浙江省舟山市中医骨伤联合医院、河南省洛阳正骨医院、深圳平乐骨伤科医院坪山院区。说明专业医院较容易在专门领域取得较大影响力，同时也是未来引领该领域发展的重要潜力。

3.2 *研究热点及主题* 从关键词共现网络整体结果来看，该网络密集表明研究领域或主题较相近而集中，节点连线颜色呈现的是外围较冷色调，中心为暖色调，依据Citespace设计原理，冷色调表示的是较远的年代，暖色调表示的为较近的年代，大概可判断出随着时间的推移，在该领域的研究主题逐渐接近，研究者之间在该领域的共识逐渐增加。

单独从关键词来看，除去包含“中医骨科护理”的关键词，膝关节骨性关节炎、疼痛、便秘、中医辨证施护、股骨颈骨折、患者、护理干预、腰椎间盘突出症等有着较高词频或中心性，为领域代表性热点。其中“膝关节骨性关节炎”“疼痛”均表现出了较高的词频和中心性，显示两者为该领域的重要研究热点，推测中医护理主要应用于膝骨关节炎，并且对疼痛有着较好的效果。同时“膝关节骨性关节炎”的词频超过了构成检索词的“骨科”“骨折”，说明膝骨关节炎在中医骨科护理领域有着较高的热度和广泛的关注。

关键词共现网络聚类后，*S*平均值较高，说明有关该领域研究的子领域较稳定，各子领域研究主题较集中，而整体来看则显示的是整个领域显示关键词共识较少，领域知识基础尚未稳固。从各聚类的研究主题来看，其中“#3辨证施护”“#7中医”两个聚类可归属于中医骨科护理理论方面的研究；“#5中药熏蒸”“#12熏洗”则属于中医骨科护理技术与方法方面的研究；“#2压疮”“#4骨质疏松”“#6临床疗效”“#8克氏针”“#9腰椎间盘突出症”“#10胸腰椎”“#11尿潴留”“#13髋部骨折”则属于应用研究。说明在理论方面以中医的辨证论治思维研究得最多，这也是最切合中医基础理论的，同时更符合目前个性化的医疗要求。在技术与方法中，中药熏洗、熏蒸的研究进行得最多；而临床应用方面则呈现的是百花齐放的特点，从骨质疏松、胸腰椎等到骨折、骨折卧床的压疮，再到之后的尿潴留等。

3.3 *研究趋势* 关键词突现性显示的是研究主题内容的演变。除去“患者”“体会”等无实质热点意义的词，从关键词突现性结果来看，整个研究趋势大致可以分为4个时期，即2008年到2011年，2011年到2014年，2014年到2016年，2016年到2018年。可以看出第一时期较多地聚焦在特色护理技术中药熏蒸、热敷功能和锻炼，临床关注膝关节、患者肿胀、胸腰椎及骨折，以及体现中医辨证论治和天人合一的治未病思想、辨证和整体护理；第二时期关注特色技术腹部按摩、穴位按摩、饮食护理，临床关注腹胀便秘、肾性骨病、骨质疏松症、骨性关节炎、尿潴留、胸腰椎压缩性骨折、神经根型颈椎病，同时开始强调中西医结合、整体护理，且进一步研究了中医辨证，对比常规护理与中医药护理的优势；第三个时期老年患者更多进入视野，临床研究有了髋部骨折、pilon骨折、颈椎病，中医特色护理技术也被提上日程，中药热敷的研究仍然较多，开始强调舒适护理。第四个时期老年患者、中医特色护理技术依旧受到关注，骨折卧床患者相关护理也相应展开，临床研究有老年股骨颈骨折，开始更多关注术后疼痛、下肢深静脉血栓形成，同时进一步深入到了睡眠质量和焦虑。“中医特色”的“中医整体护理”及其“护理效果”得到了进一步的研究。

分析关键词突现性可以了解领域研究趋势，从以上分析可以看出领域研究趋向整体观、辨证观及中西医结合的综合护理，挖掘更多的具有中医特色的护理技术，以及深入关注以患者为中心的疼痛、长期卧床的不适、睡眠质量和焦虑，老年患者也获得了越来越多的关注。

3.4 *学科范式* 整体来看，中医骨科护理领域合作网络分散，缺乏有较大影响力的作者和团队，关键词网络缺乏大覆盖的聚类，且呈现的是共识在逐步增加的过程。依据库恩科学发展范式内涵[10]，能够推断中医骨科护理领域尚处前科学时期。这一时期被解释为在学科形成统一范式的前时期，是相关概念及共识逐渐形成的时期。统一科学范式为具有共同的“符号概括”“信念”“价值”和“范例”的常规科学[11]。

综上所述，在中国知网收集到的有关中医骨科护理的研究中，在2008年才开始逐步发展，研究量才有了攀升，在此之前一直处于较低水平。该领域尚缺少有较大影响力的作者、团队和机构，相互合作较少，仅有以傅秀珍、陈梦丽为首的广东省中医院骨区团队形成了一个较为稳定的合作网络。从关键词的词频、中心性及聚类分析来看，该领域的研究热点大致为膝骨关节炎、疼痛、便秘、中医辨证施护、股骨颈骨折、患者、护理干预、腰椎间盘突出症。研究有理论研究“#3辨证施护”“#7中医”，中医特色护理技术研究“#5中药熏蒸”“#12熏洗”，临床应用研究“#2压疮”“#4骨质疏松”“#6临床疗效”“#8克氏针”“#9腰椎间盘突出症”“#10胸腰椎”“#11尿潴留”“#13髋部骨折”等子领域。研究趋势是逐渐关注老年患者和骨折卧床患者相关的患肢肿胀、下肢深静脉血栓形成及随之而来的压疮；临床研究则从胸腰椎、骨折等到关注颈椎相关疾病，深入到了睡眠质量和焦虑，体现了中医护理身心同调的特点，逐渐注重中西医结合的综合护理和中医特色的中医整体

护理。

中医护理方法多样，特色鲜明，如情志调理、药膳调理、针灸护理、中药外敷、中药熏蒸、刮痧、艾灸等[12]，具有简便验廉、副作用小和辨证施护的特征，患者依从性高。因此建议从事该领域的研究者之间加强合作与交流，同时建立相应的平台促进信息沟通，努力就相关概念、标准规范或技术方法等达成共识，加速进入“常规科学”时期，才能推进相关人才的培养，同时深入挖掘中医护理在骨科中的运用，积极利用新方法[13]普及中医骨科护理常识，以促进中医骨科护理的健康发展，提升骨科患者的服务体验。

参考文献

[1] 蔡玲红.中医护理在骨科的应用现状与思考[J].中国妇幼健康研究，2017，28(S1)：589.

[2] 金玲玲，金颖.中医护理在骨科的应用现状与思考[J].中医药管理杂志，2016，24(3)：7-8.

[3] 陈悦，陈超美，刘则渊，等.CiteSpace知识图谱的方法论功能[J].科学学研究，2015，33(2)：242-253.

[4] 任翠萍，吴群琪，张圣忠，等.基于CiteSpace的危险货物运输研究知识图谱分析[J].安全与环境学报，2018，18(2)：646-652.

[5] 谢文亮.互联网传播时代科技期刊电子文档的编辑加工制作[J].广东轻工职业技术学院学报，2017，16(3)：72-76.

[6] 邱瑞娟，王影，傅秀珍.四子散热熨治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效观察[J].实用医学杂志，2008，24(16)：2894-2895.

[7] 郑晓捷，郑沐欣，柳思露，等.四子散热敷腹部穴位预防股骨粗隆骨折患者术后便秘的疗效[J].实用医学杂志，2018，34(19)：3304-3306.

[8] 傅秀珍，陈梦丽，陈少华，等.腰椎间盘突出症1294例中医症候特征及护理探讨[J].广东医学，2013，34(13)：2112-2114.

[9] 陈少华，傅秀珍，张广清，等.腰椎间盘突出症中医护理模式研究[J].中国医药导报，2015，12(10)：147-150.

[10] 谢梦菲.唯物辩证法视角下的库恩科学发展范式模型[J].自然辩证法研究，2007，23(4)：109-112.

[11] 何小菁.医学信息学学科范式思考[J].图书馆学研究，2014(15)：17-21.

[12] 冯进，张月娟，廖若夷.对新进护理人员进行中医护理知识与技能规范化培训的探讨[J].中医药导报，2013，19(7)：114-116.

[13] 刘琦，陈燕，林静，等.增强现实技术及其在健康教育中的应用前景[J].护理学杂志，2017，32(16)：103-106.

（收稿日期：2018-12-06 编辑：蒋凯彪）

（上接第101页）

[17] LI A Y，WANG J J，YANG S C，et al. Protective role of Gentianella acuta on isoprenaline induced myocardial fibrosis in rats via inhibition of NF-kB pathway[J]. Biomed Pharmacother，2018，110：733-741.

[18] 武海军，李旻辉，张海涛，等.Bellidifolin对麻醉大鼠心电图的影响[J].包头医学院学报，2011，27(1)：22.

[19] 吕丽娟，王艳芳，闫暾，等.尖叶假龙胆中当药醇苷的制备及其抗乌头碱致小鼠心律失常作用[J].中国新药与临床杂志，2015，34(8)：630-635.

[20] 沈晓璞.稳心丹不同比例配伍对MIRI模型大鼠抗炎机制研究[D].哈尔滨：黑龙江中医药大学，2017.

[21] 李冀，丁莹.尖叶假龙胆对MIRI大鼠血清中TXB_2和6-酮-PGF1α的影响[J].中医药信息，2016，33(2)：9-11.

[22] 芦冲，张睿苏，高彦宇，等.尖叶假龙胆醇提物含药血清对A549细胞凋亡和细胞周期的影响[J].中医药信息，2016，33(3)：68-72.

[23] 王呈祥.尖叶假龙胆与乌腺金丝桃配伍对人肺癌A549细胞影响及其作用机制的研究[D].哈尔滨：黑龙江中医药大学，2017.

[24] 张睿苏.龙枝配伍促H22荷瘤小鼠肿瘤细胞及人肝癌Bel-7402细胞凋亡作用的研究[D].哈尔滨：黑龙江中医药大学，2017.

[25] 胡晓阳，蒋皓，邹尚亮，等.尖叶假龙胆对酒精性肝损伤大鼠的保护作用[J].中医药信息，2018，35(2)：13-16.

[26] 刘宇飞.尖叶假龙胆配伍枳椇子治疗ALD模型大鼠作用及机理研究[D].哈尔滨：黑龙江中医药大学，2016.

[27] 吴全娥，高彦宇，李在斯，等.尖叶假龙胆与石菖蒲配伍抗抑郁的作用机理研究[J].中医药信息，2016，33(3)：72-74.

[28] 孟繁昊.尖叶假龙胆抗抑郁作用的研究[D].哈尔滨：黑龙江中医药大学，2017.

[29] 魏颖，李蒙，秦灵灵，等.尖叶假龙胆不同提取部位对HepG2细胞胰岛素抵抗改善作用研究[J].中医药导报，2016，22(12)：13-16，20.

[30] 高佳琪，魏颖，王东超，等.尖叶假龙胆不同提取部位对胰岛素抵抗H4ⅡE细胞葡萄糖消耗的影响[J].山东中医药大学学报，2017，41(5)：462-466.

[31] 高佳琪，魏颖，屈玲霞，等.尖叶假龙胆乙酸乙酯部位对胰岛素抵抗HepG2细胞IRS-1、Akt的影响[J].世界科学技术-中医药现代化，2017，19(5)：768-773.

[32] 吕丽娟，任凯，那木汗，等.尖叶假龙胆有效成分的活性追踪分离及对H_2O_2诱导PC12细胞氧化损伤的保护作用研究[J].中草药，2017，48(10)：1957-1963.

[33] 董壮，李冀.尖叶假龙胆与秦艽配伍对类风湿性关节炎模型大鼠血清IFN-γ和IL-4的影响[J].哈尔滨医科大学学报，2016，50(3)：210-213.

[34] 董壮，李冀.尖叶假龙胆与秦艽配伍对类风湿性关节炎模型大鼠相关炎性因子的影响[J].中医药信息，2016，33(3)：75-78.

（收稿日期：2019-01-05 编辑：蒋凯彪）

引用:厉倬学,赵智丽,梁洁.中医药治疗老年性痴呆的知识图谱分析[J].中医药导报,2019,25(24):108-112.

中医药治疗老年性痴呆的知识图谱分析

厉倬学,赵智丽,梁　洁
(深圳市龙华区人民医院,广东　深圳　518109)

[摘要]　目的:基于知识图谱直观地展示近20年来中医药治疗老年性痴呆的热点话题、发展现状和研究前沿。方法:检索CNKI中1999—2018年已发表的中医药治疗老年性痴呆的文献。运用科学计量学工具CiteSpace 5绘制中医药治疗老年性痴呆的知识图谱,并进行文献频次统计及关键词共现分析。结果:共纳入相关文献2291篇,2010年以后中医药治疗老年性痴呆研究文献突破100篇/年,并呈逐年增加趋势;该领域的各作者普遍发文量较低,核心团队尚未形成,少数高产作者具有较强的学术输出能力;主要的研究机构为天津、山东及北京等中医药大学,机构间合作和交流较多的高校具有更多的研究成果;研究的病种实现了重度痴呆向轻度认知障碍的转移;研究方法上,证候要素、随机对照试验、用药规律、数据挖掘及Meta分析在近10年得到显著的重视和发展。结论:知识图谱初步直观地展示了中医药治疗老年性痴呆尚处于发展阶段,基于中医药原创理论进行方法学创新,凸显中医药临床疗效,是该领域今后重要的发展方向。

[关键词]　中医药;老年性痴呆;CiteSpace;知识图谱;可视化分析
[中图分类号]　R256.23　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)97-0108-05

老年性痴呆,又称阿尔茨海默病(alzheimer's disease,AD),是一组慢性进行性疾病,以记忆力、思维、语言、认知等功能减退为主要表现[1]。伴随着世界人口老龄化的加剧,老年性痴呆疾病越来越普遍,预计到2050年,每85人中就有1人罹患老年性痴呆[2],该病也已成为我国医疗卫生领域关注的重点之一[3]。中医药防治痴呆具有深厚的理论基础及实践经验,结合新型研究工具不断拓宽广度与深度,是中医药现代化的重要内容。本研究通过CiteSpace对从中国期刊全文数据库(CNKI)中搜索到的中医药治疗老年性痴呆的文献进行分析,旨在研究本领域的研究现状、热点及前沿,为今后进一步深入研究提供依据。

1　资料与方法

1.1　文献来源和检索策略　计算机检索CNKI,检索语种为中文,检索时间为1999年1月至2018年12月。检索策略:文献的标题、主题或关键词部分包括老年性痴呆,并在摘要中包含"中医"或"中药"进行检索。检索得到相关文献2432篇。从CNKI导出refworks格式题录信息并保存到本地电脑,每条记录主要包括文献作者(A1)、发文机构(JF)、题目(T1)、期刊名称(JF)、摘要(AB)、关键词(K1)等信息。排除新闻、稿约、会议通知、作者和年份信息不全及明显不相关文献141篇,最终纳入分析文献为2291篇,为统计计算及可视化做准备。

1.2　数据分析　本文应用CiteSpace 5.1.R8 SE (64 bit)软件[4-5]进行统计及可视化分析,将合格的题录数据通过内置的CNKI数据转换器转化为软件可识别的数据格式,完成数据转换后选择合适的参数、节点类型分别设置为作者、机构和关键词分3次绘制可视化图谱进行分析。选项如下:(1)time span(1999—2018);(2)the unit of analysis(2 years);(3)top N per slice(20);(4)pruning(pathfinder)。

2　结　果

2.1　发文量　文献发文量的变化能够反映一个领域的发展状况以及未来的研究趋势。对纳入的文献按发表时间进行统计分析,1999—2018年的20年间共发表中医药治疗老年性痴呆的相关文献2291篇,年均发文量约为115篇,总体发文趋势呈上升状态。由图1可知,以2010年为时间节点,近8年来,该领域的研究文献数显著增高,每年发表文献量均在100篇以上,且呈逐年增加的趋势,表明相关学者对该领域的关注度在不断增加。

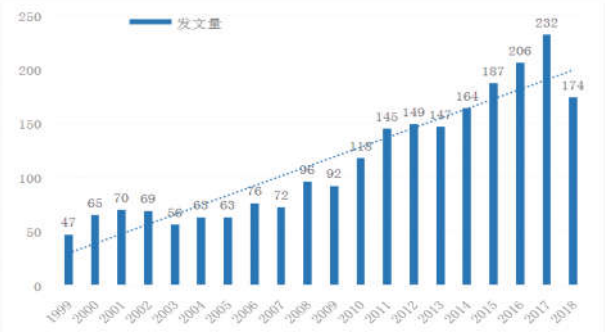


图1　近20年中医药治疗老年性痴呆文献发文量变化趋势

2.2　作者及机构共现分析　对纳入研究的作者和作者的发文量进行统计分析后发现,出现频次为2次及以上的作者共

通讯作者:厉倬学,E-mail:sunshinehay@163.com

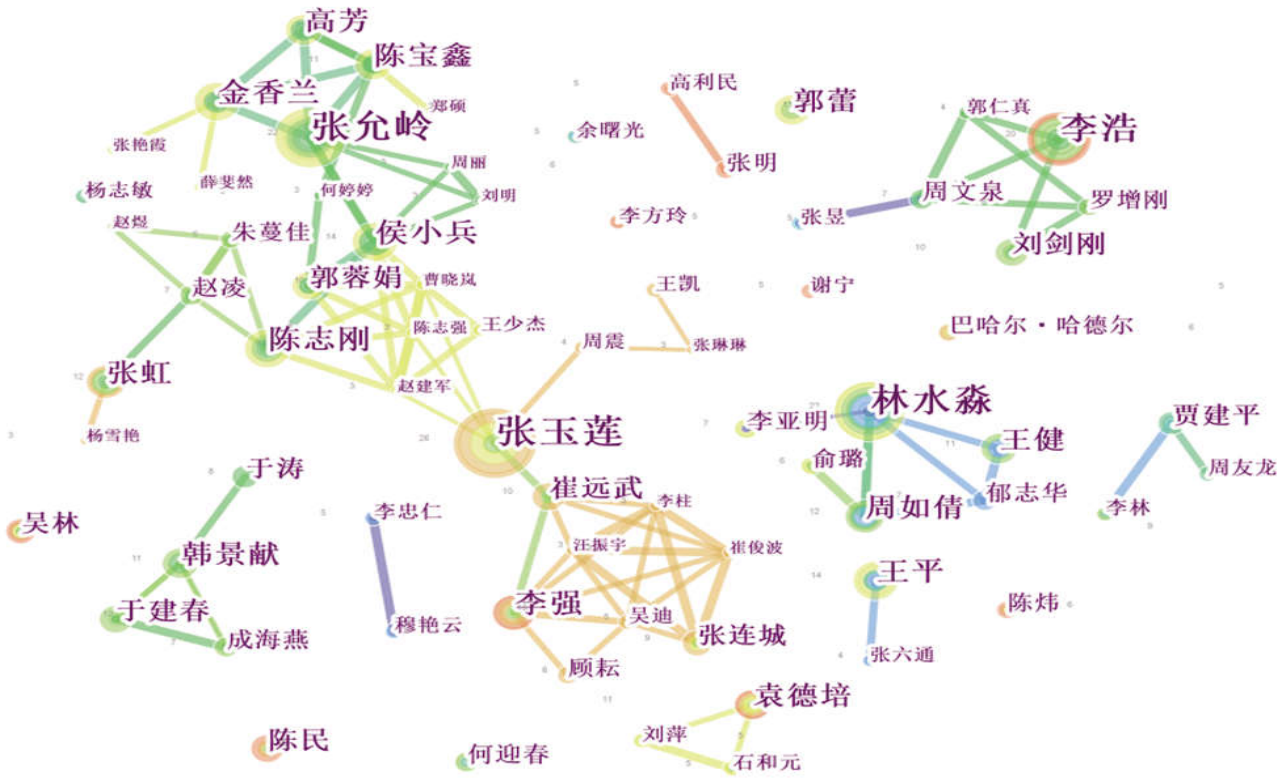


图 2　作者合著网络知识图谱

603人，其中频次为2的作者为424人（70.5%），频次为3~4次的作者有125人（20.7%），5次及以上高产作者仅54人（9.0%），可见该研究领域的各作者普遍发文量低。由表1可知，张玉莲频次最高（26次），且中心性为0.01，说明其较多地与其他作者产生联系，这与图2可视化结果相符，突显其为各团队间的合作起到了桥梁作用。

对纳入研究的机构进行统计分析后发现，主要的研究机构为各地中医药大学，各个机构间相互有联系、有合作。其中频次最高的机构为天津中医药大学（62次），其中心性也最大（0.07），说明其在该领域具有较强的学术输出能力。山东中医药大学、北京中医药大学和广西中医药大学既有较高的频次，也有较高的中心性。相比之下，南京中医药大学、辽宁中医药大学与成都中医药大学虽然频次较高，但其中心性均为0。机构间合作的趋势也可从图3可视化结果中得到印证。

表 1　主要研究作者及机构列表

排序	研究作者				研究机构			
	频次	中心性	年份	作者	频次	中心性	年份	机构
1	26	0.01	2011	张玉莲	62	0.07	2007	天津中医药大学
2	22	0	1999	林水淼	47	0.03	2003	山东中医药大学
3	22	0.01	2008	张允岭	46	0.02	1999	北京中医药大学
4	20	0	2006	李浩	40	0.03	2000	广西中医药大学
5	14	0.01	2008	侯小兵	33	0	1999	南京中医药大学
6	14	0	2001	王平	31	0	2005	辽宁中医药大学
7	14	0	2008	金香兰	24	0	1999	成都中医药大学
8	14	0.01	2008	陈志刚	20	0.01	2006	中国中医科学院西苑医院
9	13	0	2012	李强	19	0	1999	黑龙江中医药大学
10	12	0	2001	周如倩	19	0	2005	上海市中医老年医学研究所

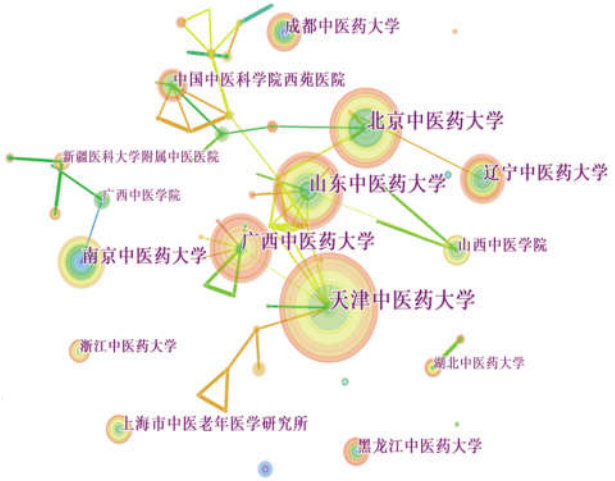


图 3　作者机构合作知识图谱

2.3　研究热点与前沿分析

2.3.1　关键词统计及共现分析　通过对关键词做频次统计及关键词共现分析可知，中医药治疗老年性痴呆主要关注病种依次为老年性痴呆（1026）、阿尔茨海默病（583）、轻度认知功能障碍（370）、认知功能障碍（130）、帕金森病伴发认知障碍（17）；治疗方法依次为针刺（237）、中医药疗法（174）、中药（90）、中西医结合（41）、电针（29）、针药并用（15）；干预药物依次为：复方海蛇胶囊（27）、石杉碱甲（22）、补肾药（19）、六味地黄丸（18）、活血祛瘀药（16）、多奈哌齐（14）；研究方向依次为综述（74）、临床观察（73）、辨证论治（63）、临床研究（56）、中医护理（31）、Meta分析（18）、用药规律（15）、证候要素（14）。（见表2、图4）

表2　中医药治疗老年性痴呆主要关键词列表

排序	关键词	频次	排序	关键词	频次	排序	关键词	频次
1	老年性痴呆	1026	11	临床观察	73	21	肾虚	18
2	阿尔茨海默病	583	12	辨证论治	63	22	六味地黄丸	18
3	轻度认知功能障碍	370	13	临床研究	56	23	帕金森病	17
4	针刺	237	14	中西医结合	41	24	总有效率	16
5	中医药疗法	174	15	中医护理	31	25	MMSE评分	16
6	认知功能障碍	130	16	电针	29	26	活血祛瘀药	16
7	中药	90	17	复方海蛇胶囊	27	27	针药并用	15
8	病因病机	77	18	石杉碱甲	22	28	用药规律	15
9	中医证候	76	19	补肾药	19	29	证候要素	14
10	综述	74	20	Meta分析	18	30	多奈哌齐	14

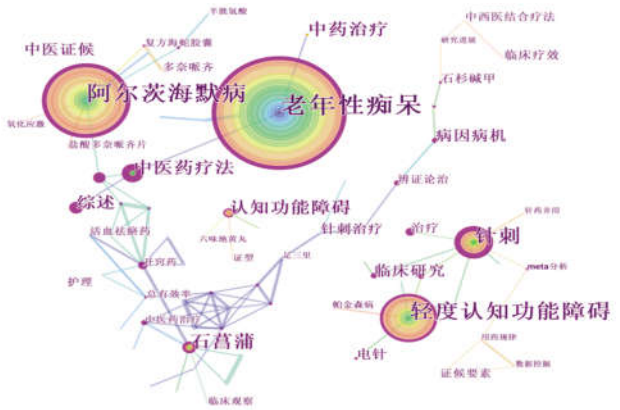


图4　关键词共现知识图谱

2.3.2　关键词突现分析　突现(burst)测量的是含关键词文献被引频次的变化率,可清晰地发现近年来该研究领域的热点历史演变情况和前沿,因篇幅所限,仅列出关键词突现信息的前15位(见表3)。以2009年为时间节点,近10年的研究热点显著不同于10年前,主要表现为文献不再局限于传统的中医治疗与辨证,证侯、证素的研究明显增多,针刺和中医护理研究显著增加,石杉碱甲、复方海蛇胶囊得到了更多的研究证据(多奈哌齐作为阳性对照药),近3年来轻度认知功能障碍成为研究热点,反映中医药干预认知障碍疾病实现了治疗关口的前移,轻度认知损害得到了更多的研究关注。

2.3.3　关键词共现时区分析　图5为以引文发表年份为X轴、聚类编号为Y轴而布局得到的中医药治疗老年性痴呆的时间线视图,可充分展现近20年来,本领域研究发展演变的时间跨度和研究进展。在研究对象上,从阿尔茨海默病转变为轻度认知功能障碍,健忘这一传统中医概念正在被重视,帕金森相关认知障碍正成为神经退行性认知障碍研究的新方向;研究方法上,证候要素、随机对照试验、用药规律、数据挖掘及Meta分析在近10年得到显著的重视和发展,说明中医药研究正在不断拓展宽度与深度;针灸作为最重要的干预手段之一,也实现了从传统针刺到电针、针药结合的理念更新。

3　讨　论

老年性痴呆在中医学属于"呆病""善忘"等范畴。中医对该疾病的病因病机有其独特的认识,清·汪昂《本草备要》指出:"人之记性皆在脑中"[6],其病位在脑,与五脏的功能失调密切相关。痴呆病性属本虚标实,本虚为气血亏虚、五脏虚损、肾精不足、髓海空虚;标实常为瘀血停滞、痰浊内阻[7]。中医药治疗老年痴呆症具有多环节、多靶点的特点和优势,能有效地延缓疾病进程并改善患者的生活质量。本文应用Citespaces 5对CNKI数据库历年收录的中医药治疗老年性痴呆领域的文献数量、作者和机构合作情况、研究热点与发展趋势等方面进行可视化分析,对我国中医药治疗老年性痴呆领域的研究情况作了一个较为客观的概括与总结。

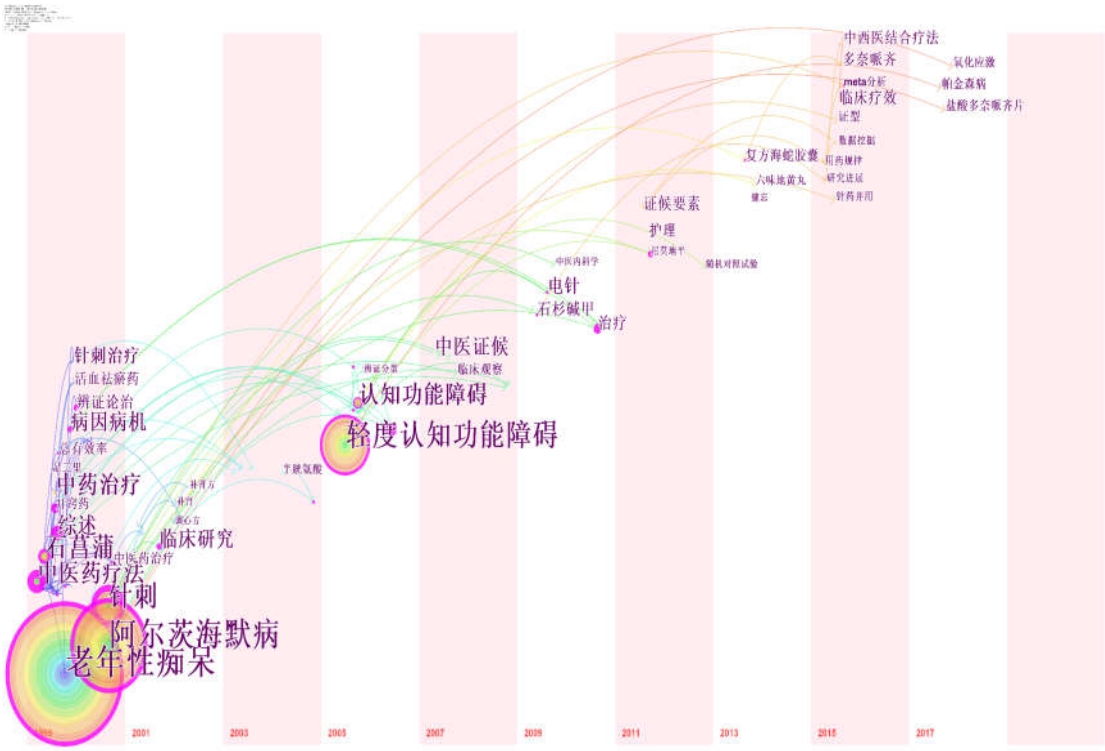


图5　关键词共现时区视图

表 3　近 20 年中医药治疗老年性痴呆研究的 15 个突现词

Keywords	Year	Strength	Begin	End	1999—2018
总有效率	1999	6.173,4	1999	2004	
活血祛瘀药	1999	7.208,4	1999	2004	
辨证论治	1999	5.207,7	1999	2010	
开窍药	1999	4.487,4	1999	2006	
中医药治疗	1999	3.753,2	2000	2002	
半胱氨酸	1999	4.216,5	2004	2006	
病因病机	1999	5.369,8	2008	2013	
石杉碱甲	1999	3.443,8	2009	2016	
中医证候	1999	4.845,5	2010	2013	
证候要素	1999	4.825,4	2011	2016	
针刺治疗	1999	3.431,4	2012	2014	
护理	1999	6.840,7	2012	2014	
复方海蛇胶囊	1999	4.377,3	2013	2016	
多奈哌齐	1999	5.369,6	2015	2018	
轻度认知功能障碍	1999	4.322,8	2015	2018	

从2010开始中医药治疗老年性痴呆相关论文呈现快速增长态势，这和我国人口老龄化进程的加剧有着密切的关系。随着我国人口平均寿命的显著增加，认知下降甚至是痴呆成为老年人致残的主要原因之一，给社会带来巨大的负担。中医药对痴呆有着深刻的认识，可预测未来相关文献仍呈增长趋势。研究发现，目前该领域的各作者普遍发文量偏低，核心作者及研究团队尚未形成，少数高产作者如张玉莲、林水淼、张允岭、李浩等保持较好团队间合作和学术输出，在流行病学及证候、中药复方疗效评价、针刺及临床药理学研究等方面开展了较为深入的研究[8-13]。纳入共现图谱的研究机构也支持这个发现，天津、山东、北京和广西通过多机构间的合作和交流保持着较强的学术影响力。

由关键词共现的知识图谱及burst检测突现词可知，与10年前相比，中医药治疗老年性痴呆的研究不再局限于传统中医辨证治疗，证素研究方法的新起，给疾病的精准辨证提供了技术手段，针刺治疗和中医护理得到越来越多的关注和研究。朱海芳等[14]对比了针刺联合穴位贴敷与促智药及抗精神病药对阿尔茨海默病的临床疗效，结果显示针刺联合穴位贴敷组较对照组总有效率高，起效时间较短。陈果等[15]对老年痴呆患者随机分组后分别给予中医康复护理及常规护理，中医康复护理组日常生活自理能力评分、简易精神状态量表评分、家属护理满意度均明显优于护理前和常规护理组，且并发症发生率较低。其次，通过高质量的随机对照试验的中药复方如复方海蛇胶囊等预防和治疗老年性痴呆的有效性和安全性得到证实。谭云飞等[16]的研究结果显示，复方海蛇胶囊降低了患者组遗忘型轻度认知功能障碍向阿尔茨海默病的转化，且能显著维持其记忆和认知功能水平。支胜利等[17]的研究结果表明，复方海蛇胶囊与多奈哌齐联合治疗3个月对阿尔茨海默病患者的认知功能及行为能力有显著的改善作用。另外，越来越多的循证医学证据，包括Meta分析、数据挖掘和大型随机对照试验研究也证实了中医药在治疗老年性痴呆领域取得的良好成效[18-20]，从循证医学角度增加了中医药治疗认知障碍的科学依据。病种上可以看到从老年性痴呆到阿尔茨海默病到轻度认知功能障碍，说明在中医药领域的认知障碍研究实现了从重型到轻度延伸，将治疗关口前移，是中医药“治未病”理念在认知障碍疾病的内涵延伸。此外，中医药结合现代医学的发展，从氧化应激分子机制等方面探讨疾病病因病机[21]，提供了更多认知中医药多靶点机制的窗口。值得一提的是，本研究前期对纳入的文献开展了关键词聚类分析，但是所得结果模块化Q值和平均轮廓值均较低，说明聚类成员间的一致性不高。考虑可能与以下原因有关：该研究领域尚处于发展的初级阶段，各作者普遍发文量低，研究者关注的焦点差异较大；另外，由于中医药的学科特性，其中文关键词设置欠缺规范，如同为补肾法可能表达为补肾法、补肾益精

法、补肾壮阳法、滋补肾阴法等，因而无法很好地聚类。在今后的研究中需要进一步探讨如何规范关键词以更好地进行文献二次研究。

随着疾病谱的改变，老年性痴呆将成为常见病，但目前有效地干预手段仍然不足，深入挖掘中医药治疗老年痴呆症的基础和临床证据有着重要的科学价值和社会意义。从纳入的文献[22-23]可知，近年来有关中药复方的基础和临床研究越来越多，研究设计及方法越来越规范，但大样本临床研究和长期随访者仍较少，不能有效地凸显中医药治疗求本、改善远期预后这个疗效特点；同时，重视患者主观报告结局指标[24]也是未来中医药临床研究发展方向之一。另外，针刺等传统疗法治疗老年痴呆的报道也较多，尽管这些研究采用了随机对照的研究设计，但部分研究[25-26]未报告具体的随机化方法及分配隐藏方案，且如何科学地设置盲法，提高研究结果的证据等级级别是此类研究亟需解决的科学问题。

综上所述，本研究通过知识图谱可视化研究，发现中医药防治老年性痴呆尚处于发展的初级阶段，基于中医药原创理论进行方法学创新，凸显中医药临床疗效，是该领域今后重要的研究方向。

参考文献

[1] CUMMINGS J, LEE G, MORTSDORF T, et al. Alzheimer´s disease drug development pipeline: 2017[J]. Alzheimers & Dementia Translational Research & Clinical Interventions，2017，3(3)：367-384.

[2] BROOKMEYER R, JOHNSON E, ZIEGLERGRAHAM K, et al. Forecasting the global burden of Alzheimer´s disease[J]. Alzheimers & Dementia the Journal of the Alzheimers Association，2007，3(3)：186-191.

[3] 吴佳慧，李浩.老年性痴呆中医辨证治疗临床研究进展[J].辽宁中医药大学学报，2017，19(8)：75-78.

[4] CHEN C. CiteSpace II: Detecting and visualizing emerging trends and transient patterns in scientific literature[J]. Journal of the Association for Information Science & Technology，2014，57(3)：359-377.

[5] 李杰，陈超美.citespace科技文本挖掘及可视化[M].北京：首都经济贸易大学出版社，2016.

[6] 汪昂，本草备要[M].北京：人民卫生出版社，2005.

[7] 谢宁，谢芳，姚辛敏，等.老年性痴呆从五脏论治的临床研究进展[J].湖北中医杂志，2017，39(10)：61-64.

[8] 张玉莲，李强，张连城，等.老年性痴呆中医证候流行病学调查问卷的设计[J].辽宁中医杂志，2014，41(7)：1313-1316.

[9] 张玉莲，张连城，李强，等.660例老年性痴呆患者中医证候学研究[J].中医杂志，2015，56(3)：235-239.

[10] 俞璐，林水淼，周如倩，等.中医辨证治疗轻中度阿尔茨海默病的随机对照试验[J].中国结合医学杂志：英文版，2012，10(7)：766-776.

[11] 侯小兵，张允岭，刘明，等.针刺对脑白质疏松轻度认知障碍功能磁共振的影响[J].世界中西医结合杂志，2010，5(2)：122-125.

[12] 张允岭，高芳，陈志刚，等.中医综合干预对脑白质疏松轻度认知障碍患者认知功能、日常生活能力及周边症状的影响[J].中医杂志，2010，51(9)：793-796.

[13] 高磊，刘美霞，刘剑刚，等.中药复方防治老年性痴呆药理作用研究[J].吉林中医药，2011，31(12)：1225-1227.

[14] 朱海芳，王春芸，章东元.针刺联合穴位贴敷治疗阿尔茨海默病的临床观察[J].中国中医药现代远程教育，2018，16(13)：135-137.

[15] 陈果，刘真，张圆.老年痴呆患者行中医康复护理对其生活自理能力、精神状况影响价值[J].实用临床护理学电子杂志，2017，2(18)：5-9.

[16] 谭云飞，吴明豪，林思思，等.复方海蛇胶囊预防遗忘型轻度认知功能障碍向阿尔茨海默病转化效果的研究[J].中华老年医学杂志，2017，36(3)：278.

[17] 支胜利，陈科，潘新根，等.多奈哌齐合并复方海蛇胶囊治疗阿尔茨海默病性痴呆患者对照研究[J].临床精神医学杂志，2014，24(3)：201-202.

[18] 张艳霞，张允岭，路遥.中医药治疗阿尔茨海默病随机对照试验的系统评价[J].中华中医药杂志，2012，27(1)：105-109.

[19] 张书.从痰论治老年轻度认知功能障碍及益智温胆汤的作用研究[D].武汉：湖北中医药大学，2014.

[20] 梁娟芳，郭君伟，付宝，等.中西医结合治疗阿尔茨海默病疗效的meta分析[J].山西医科大学学报，2014，45(3)：209-212.

[21] 潘建涛，于倩倩，杨洋.补肾益智方联合针灸对阿尔兹海默症患者氧化应激指标水平的干预作用[J].世界中西医结合杂志，2017，12(11)：1554-1557.

[22] 李发明，杨景志，秦雯，等.舒血宁联合盐酸美金刚对老年痴呆的疗效及日常生活能力的影响[J].中医药导报，2017(16)：101-103，114.

[23] 金翔，张微，张德新，等.活血通窍方治疗阿尔茨海默病的临床研究[J].中医药导报，2018，24(20)：93-96.

[24] 樊凌，符文彬，许能贵，等.针灸对抑郁症患者主观报告结局指标的影响[J].中国针灸，2013，32(2)：385-389.

[25] 王新宇，李方玲.醒神开窍法针刺联合滋阴活血方内服对老年痴呆患者认知功能的影响[J].中医药导报，2017，23(15)：72-74.

[26] 王煜，阚伯红，赵岚.黄地散颗粒联合“三焦”针法改善阿尔茨海默病髓海不足证的临床疗效[J].中国实验方剂学杂志，2018，24(8)：200-205.

（收稿日期：2019-02-11 编辑：刘国华）

引用:史俊杰,张巧梅,吴也兰,赵琦,赵乃明,马宏文.基于CONSORT声明和STRICTA评价针灸治疗腰椎间盘突出症随机对照试验报告质量[J].中医药导报,2019,25(24):113-115,121.

基于CONSORT声明和STRICTA评价针灸治疗腰椎间盘突出症随机对照试验报告质量

史俊杰[1],张巧梅[1],吴也兰[1],赵 琦[1],赵乃明[2],马宏文[2]

(1.天津中医药大学,天津 301600;2.天津市人民医院,天津 300131)

[摘要] 目的:使用CONSORT 2010和STRICTA标准对国内针灸治疗腰椎间盘突出症随机对照试验(RCT)报告质量进行评价。方法:系统检索国内文献数据库,包括中国知网(CNKI)、万方数据库(WF)、中国生物医学文献数据库(CBM)、维普中文期刊全文数据库(VIP),语种限制为中文,筛选符合条件的针灸治疗腰椎间盘突出症的RCT,利用CONSORT 2010和STRICTA进行报告质量评价。结果:共纳入178篇文献。根据CONSORT 2010条目,纳入文献中多数针灸治疗腰椎间盘突出症文献未按要求对样本量、分配隐藏、盲法及统计学方法进行规范报告,且所有文献均未进行临床注册;根据STRICTA条目,少数文献对治疗场所及治疗师背景做出报告,且尚未有文献进行个体化治疗报告。结论:目前针灸治疗腰椎间盘突出症随机对照试验文献报告质量普遍偏低,今后应采用CONSORT 2010声明和STRICTA标准对针灸治疗的RCT进行规范报告。

[关键词] 针灸;腰椎间盘突出症;随机对照试验;质量评价;CONSORT;STRICTA

[中图分类号] R2-03 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2019)24-0113-03

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation,LDH)是由于在外力作用下椎间盘变性、纤维环破裂、髓核组织突出压迫和刺激腰骶神经根和马尾神经引起的一种综合征,是导致腰腿痛最常见的原因之一[1],严重影响患者的生活质量。目前我国LDH好发于中青年,男性多于女性,男女发病率比为(4~6):1[2]。LDH的治疗方法主要有手术治疗和非手术治疗两种,在临床上根据患者具体情况而定[3]。一项随机观察性研究表明[4],LDH非手术治疗有显著效果。针灸治疗是非手术治疗中的重要方法。研究表明[5],针灸治疗LDH可以从两方面缓解疼痛,一是提高LDH患者β-内啡肽活性,中断疼痛回路达到镇痛作用;二是降低炎症因子在血液或者神经根中的含量。目前针灸因疗效显著和不良反应小的优势而得到重视[6]。

随机对照试验(randomized controlled trials,RCT)被认为是临床研究的金标准,是干预性研究的主要类型。RCT可以有效避免选择性偏倚和混杂偏倚的发生,是临床获得高质量研究的重要前提[7]。RCT的方法学、报告质量及结局指标的选择可以直接影响系统评价证据的真实性和有效性[8]。针灸治疗LDH作为非手术治疗方法在临床应用越来越广泛,但尚未有文献报道有关针灸治疗LDH随机对照试验的报告质量评价。本研究采用CONSORT 2010声明[9]和STRICTA清单[10]对针灸治疗LDH随机对照试验进行报告质量评价,旨在为今后合理设计、报道针灸临床试验提供参考依据。

通讯作者:马宏文,E-mail:geilivable_mhw@126.com

1 资料与方法

1.1 纳入标准 (1)关于针灸治疗LDH的随机对照试验;(2)论文表明有“随机”“随机分组”“随机化”“对照”等字样;(3)对照组和试验组采用2种不同或多种的干预措施;(4)语言限定为中文。

1.2 排除标准 (1)非随机对照试验;(2)综述、病例对照研究、动物实验;(3)重复发表的文献;(4)非中文文献。

1.3 文献检索 系统检索中国知网(CNKI)、万方数据库(WF)、中国生物医学文献数据库(CBM)和维普中文期刊全文数据库(VIP),语种限制为中文,不能获取全文的,辅以人工检索天津中医药大学图书馆过刊资料库,检索日期为各自建库至2018年11月。检索词为“针灸”“针刺”“电针”及“腰椎间盘突出症”“随机”。

1.4 文献筛选与资料提取 将检索文献导入Noteexpress3.0文献管理器进行去重,剩余文献由研究者进一步筛选,分为初步筛选(通过阅读题目和摘要进行判断)和全文筛选(阅读全文)确定最终纳入文献。运用Excel 2016软件自行设计数据提取表,资料提取表的主要项目包括题目、作者、试验设计、随机分组方法、分配隐藏机制、样本量、基线资料、干预措施、结局指标等。由两名研究者(史俊杰、张巧梅)对纳入文献同

时并独立进行资料提取，当双方出现意见不一致时，则与第三方（赵琦）商讨评判。

1.5　报告质量评价　采用CONSORT 2010声明和STRICTA清单对纳入文献进行报告质量评价。评价前，对评价小组成员进行评价标准的统一规范培训，然后由两位研究者（史俊杰，吴也兰）利用CONSORT 2010声明25项报告条目和STRICTA清单6项条目分别对纳入文献进行评价，根据文献中是否符合每一条目做出“是”或“否”的判断。评价过程两人同时独立进行，当出现意见分歧时，与第三者（赵乃明）共同商讨决定。

2　结　果

2.1　文献检索结果　检索数据库初步检出针刺治疗腰椎间盘突出症相关文献5007篇（中国知网116篇，万方数据库2784篇，中国生物医学文献数据库2050篇，维普中文期刊全文数据库57篇），通过筛选，最终纳入相关RCT文献178篇。具体筛选流程见图1。

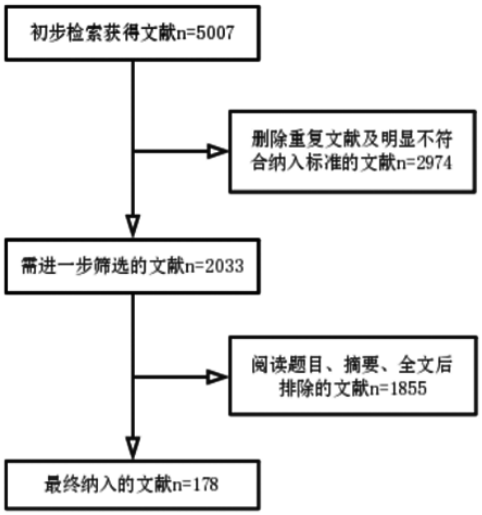


图1　文献筛选流程图

2.2　CONSORT 2010声明评价结果　应用CONSORT 2010声明25项标准评价178篇文献报告质量，见表1。

2.3　STRICTA评价结果　应用STRICTA标准6项条目评价178篇文献报告质量，见表2。

表1　用CONSORT 2010评价纳入的178篇RCT的报告质量

文献章节/主题		文献篇数
文题和摘要	文题能识别是随机对照试验	43(24.2)
	包括试验设计、方法、结果、结论的结构式摘要	152(85.3)
引言	背景和目的	
	科学背景和对试验理由的解释	132(74.2)
	具体目的和假设	89(50.0)
方法	试验设计	
	描述试验设计	149(83.2)
	试验开始后对试验所做的重要改变并说明原因	0(0.0)
	受试者	
	受试者合格标准	166(93.2)
	资料收集的场所和地点	122(68.5)
	干预措施	178(100)
	结局指标	
	完整准确说明预先设定的主要和次要结局指标	88(49.4)
	试验开始后对结局指标的修改及原因	0(0.0)
	样本量	
	如何确定样本量	0(0.0)
	必要时，解释中期分析和试验中止原则	0(0.0)
	随机方法	
	序列的产生	
	产生随机分配序列的方法	46(25.8)
	随机方法的类型，任何限定的细节	15(8.4)
	分配隐藏机制	0(0.0)
	实施	12(6.7)
	盲法	
	设盲对象以及盲法的实施	3(1.7)
	描述干预措施的相似之处	0(0.0)
	统计学方法	
	用于比较各组主要和次要结局指标的统计学方法	125(70.2)
	附加分析的方法，诸如亚组分析和校正分析	9(5.1)
结果	受试者流程	
	受试者纳入流程具体操作	0(0.0)
	分组后各组脱落和被剔除的例数及原因	0(0.0)
	受试者招募	
	招募期和随访时间的长短，并说明具体日期	0(0.0)
	为什么试验中断或停止	2(1.1)
	纳入分析的例数	178(100)
	结局和估计值	
	各组每一项主要和次要结局指标的结果、效应量及精确性	6(3.4)
	对于二分类结局，建议同时提供相对和绝对效应值	0(0.0)
	辅助分析	11(6.2)
	危害	25(14.0)
讨论	局限性	43(24.2)
	可推广性	178(100)
	解释	110(61.8)
其他信息	试验注册	0(0.0)
	试验方案	0(0.0)
	资助	0(0.0)

3　讨　论

随机对照试验（RCT）是目前公认的中医药防治性研究偏倚可能性最小的设计方案[11]。临床试验研究者需要完整正确地写出RCT的设计方案、实施过程、分析方法和结果解释，否则无法让读者理解或解释RCT的结果，使其研究结果的真实性受到质疑。本研究根据CONSORT 2010声明和STRICTA标准对针灸治疗腰椎间盘突出症RCT报告质量进行评价，并发现以下几个方面的问题需要改善。

3.1　基于CONSORT 2010声明评价结果

3.1.1　文题和摘要　仅有将近1/4的文献在题目中标明“随机”“随机对照试验”等字样，大多数文献未在题目中标明文章的研究类型。论文的题目是论文中心内容和主题的高度概

表 2　用 STRICTA 评价纳入的 178 篇 RCT 的报告质量

	干预措施	文献篇数(%)
针刺治疗的合理性	针刺治疗的类型	178(100)
	所提供的针刺治疗的理由、依据的历史背景文献来源和(或)形成共识的方法,在适当的地方引用文献	18(10.1)
	说明对何种治疗作了变动	0(0.0)
针刺的细节	每个受试对象每个治疗单元用针的数目	44(24.7)
	使用的穴位名称(单侧/双侧)	139(78.1)
	进针的深度,采用指定的计量单位或特定的组织层面描述	25(14.0)
	针刺刺激方式	144(80.9)
	留针时间	151(84.8)
	针具类型	18(10.1)
治疗方案	治疗单元数	152(85.4)
	治疗单元的频数和持续时间	171(96.1)
其他干预措施	对针刺组施加的其他干预措施的细节	0(0.0)
	治疗场所和相关信息	3(1.7)
治疗师的背景	对参与研究的针灸师的描述	4(2.2)
对照或对照干预	说明选择对照或对照措施的合理性	16(9.0)
	精确地描述对照或对照措施	168(94.4)

括,如果文题不能反映论文的研究内容,将会使读者失去阅读全文的兴趣,从而影响论文的传播[12]。

3.1.2　样本量　所有文献均未描述样本量估算的过程和方法。样本量的计算是临床试验设计中一个重要的环节,直接影响临床试验研究结论的可靠性及可重复性[13]。因此,作者应该在RCT论文中报告样本量的计算方法和过程,以提高研究结果的真实性。

3.1.3　随机方法、分配隐藏、盲法　有46篇文献(25.8%)对随机分配序列产生的方法进行了描述,其中15篇(8.4%)对随机方法的类型进行了介绍,归纳总结大多数采用计算机生成随机数列和随机数字表法进行试验对象分组。随机方法是否描述直接影响读者对试验结果及真实性的判断。仅有3篇文献(1.7%)描述了盲法,所有文献均未描述分配隐藏机制。盲法在临床试验中的实施有效地避免了实施偏倚和测量偏倚,分配隐藏是为了避免那种虽然使用了随机原则,但是由于人为因素影响分组而产生的选择性偏倚[14]。作者应当在RCT中详细描述随机方法、分配隐藏及盲法的过程,避免各种偏倚的发生,提高研究的质量。

3.1.4　受试者流程　所有文献均未报道受试者流程,可以看出研究者对受试者流程未给予足够重视,推荐以后在论文中使用流程图来表示受试者在研究期间人数变动情况。

3.1.5　试验注册、试验方案、资助情况　所有纳入文献均未在国际或国内临床试验注册平台进行注册, 其试验方案与资助情况也未公开,这将影响临床试验的透明化,从而难以评估研究结果的真实性和证据的强度。目前,中国中医科学院建立了“针灸临床试验注册中心”(网址:http://www.acmctr.org/)[15],专门受理针灸领域的临床试验注册,未来研究者应该提高临床试验注册意识,推进针灸临床试验透明化。

3.2　基于STRICTA标准评价结果

3.2.1　针刺治疗依据　仅有18篇文献(10.1%)对治疗依据进行了简述,作者应当提供选择当前治疗的理由,这样才有利于他人通过参照治疗方案所依据的方法重复此类试验,利于此种疗法的推广。

3.2.2　针刺的细节　44篇文献(24.7%)对每次针灸的数目进行了描述,25篇文献(14.0%)对进针的深度进行了描述,可见研究者对针刺的细节还不够重视。纳入文献中所取穴位归纳为委中、肾俞、环跳、昆仑、阳陵泉、承山、足三里等。干预措施的疗效直接与针刺的穴位、进针的深度、方式及数量、疗程时间有关,作者应当详细报告以上内容,以利于试验的可重复性和临床推广。

3.2.3　治疗师背景　仅有4篇文献(2.2%)对治疗师的资历做出描述。针灸治疗师的资质、从业机构、从事针刺治疗时间和相关试验经验都需要进行描述,尽可能减少专家偏倚对研究结果造成的影响。

3.2.4　对照组的合理性　16篇文献(9.0%)对选择的对照组干预措施做出了合理的阐释。作者应当在论文中描述选择对照或对照干预的合理性,可以引用支持所选对照措施作为对照的参考文献,以利于提高研究结果的权威性。

综上所述, 根据CONSORT 2010声明和STRICTA标准对针灸治疗腰椎间盘突出症RCT进行质量评价,结果表明其RCT报告质量普遍较低。低质量的RCT文献将会产生缺乏公信力的证据及结果,甚至误导读者,影响临床决策的实施。针对本研究存在的问题提出以下建议措施。(1)文题和摘要部分,推荐采用标准化文题格式;重视临床研究中的方法学和统计学的应用,样本量的计算、随机方法、盲法以及分配隐藏机制要公开透明,完全按照CONSORT 2010声明对研究进行报道。(2)提高临床研究人员进行试验注册的意识,提高临床试验的透明化。(3)清楚、规范、正确地报告针刺治疗的依据、针刺的细节以及针灸治疗师的资历背景,增加RCT报告的可信度,以便能够准确解释研究结果。(4)研 (下转第121页)

医　案

引用:黄俊宇,王羽丰,俞云.俞云运用切脉针刺治疗颈椎病经验[J].中医药导报,2019,25(24):116-118.

俞云运用切脉针刺治疗颈椎病经验

黄俊宇,王羽丰,俞　云
(广州中医药大学第二临床医学院,广东　广州　510006)

[摘要]　介绍俞云切脉针刺理念及运用切脉针刺治疗颈椎病的学术思想,认为切脉针刺治疗颈椎病首先要抓住颈椎病发病的主要矛盾,继而通过切脉判断脉象变化,了解病因病机,再辨证取穴施针,加以补泻,以期症状好转,脉象转佳,则疾病自消。并介绍运用切脉针刺治疗脊髓型颈椎病的验案1则。

[关键词]　颈椎病;切脉针刺;名医经验;俞云
[中图分类号]　R249.2　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0116-03

颈椎病是困扰现代人的常见病和多发病。随着智能手机的普及和人们对手机的依赖,使得该病发病率逐年上升。针对颈椎病的中西医治疗方法中,中医治疗受到大众的普遍认可,其中以针刺治疗多见。而目前针刺方法流派甚多,但大多数并不重视脉诊,或者仅在治疗前诊查寸口脉,忽视了脉诊在疾病诊疗前、诊疗中及诊疗后的指导作用。而源于《灵枢》针法的切脉针刺有别于现在普遍的针刺方法,是俞云通过研习《黄帝内经》总结出来的一种针刺方法。切脉针刺强调在施针过程中平脉辨证,秉承"选穴施针是以脉定"的原则,并首倡四部取脉法,凭脉辨证取穴,运用"金补银泻"针刺手法,调治全身阴阳气机,以期脉象达阴平阳秘,则疾病自消。

1　切脉针刺

1.1　凡将用针,必先切脉　俞云认为,《黄帝内经》的许多针刺篇章中都蕴藏着一个切脉原则——"凡将用针,必先诊脉,视气之剧易,乃可以治也",提出在针刺临证中必须先切脉,通过切脉察知经络脏腑气血的虚实变化,了解病气的有余、正气的不足,从而指导针刺治疗[1]。人体是一个全息生物系统,当有病痛时,机体可以自我调整、自我修复,但如何让人体进行自我修复,首先需要打开相应的"开关"。所谓的"开关"就是穴位,而使用"开关"的手段就是切脉针刺。现代的多种针刺医术比《黄帝内经》时代在某些方面是有了不少的提高和发展,但是在及时、准确找到和使用穴位"开关"方面却尚未完全挖掘出《黄帝内经》中的精髓。究其原因是抛弃了切脉,切脉是中医的瑰宝,是进入中医之门的金钥匙,只要掌握切脉就能迅速准确地找到和使用穴位"开关",其疗效非常显著。切脉对针刺临证的指导作用包括决定针刺方法、决定针刺取穴、检验针刺效果等,可克服针刺的盲目性,明显提高疗效。

1.2　四部取脉法　今人治病多只诊寸口脉。虽《内经》认为寸口"独为五脏主",《难经》亦论述取寸口为"决五脏六腑生死吉凶之法",但俞云认为由此只能证明诊寸口可以明了五脏六腑气血变化。《灵枢·禁服》云:"气口主中,人迎主外。"由此可见气口仅能辨五脏气血而难明十二经之气血。人体经络气血与五脏气血虽然相通,但当经络病变尚未及脏腑时,仅凭气口脉难以判断出人体经脉盛衰,而且容易出现谬误,影响疗效[2]。而候人迎脉能更准确地了解经络气血的变化。《灵枢·四时气》云:"气口候阴,人迎候阳也。"说明寸口作为手太阴肺经在腕部的脉动处,可以候知阴经之气,而人迎作为足阳明胃经在喉旁的脉动处,可以候察阳经之气。俞云在切脉指导针刺治疗过程中,经常以寸口脉为主,同时参考人迎脉、趺阳脉及主候肾阴的太溪脉等脉象,四部取脉即寸口、人迎、太溪、趺阳分候上阴、上阳、下阴、下阳,了解全身阴阳气血。而在指导颈椎病的治疗中,人迎脉的作用尤为重要。颈椎病发病主要为筋肉经络的病变,较少深入到五脏六腑,而人迎脉主外,能准确地了解经络气血的变化。且人迎脉是颈部的主要动脉,供养颈部气血,濡养颈部皮肉筋骨,故颈椎疾病直接能反映于人迎脉。人迎脉盛主热证,脉虚主寒,脉紧主痛痹,脉代主间歇性疼痛,脉大紧浮主病渐重,脉沉而滑主病渐轻。

1.3　切脉指导择经取穴　俞云认为因病性有阴阳虚实不同,病位有上下表里之异,针刺取穴应有主次先后。《灵枢·终始》:"阴盛而阳虚,先补其阳,后泻其阴而和之。阴虚而阳盛,先补其阴,后泻其阳而和之。"《灵枢·周痹》云:"痛从上下者,先刺其下以过之,后刺其上以脱之。痛从下上者,先刺其上以过之,后刺其下以脱之。"所以切脉针刺取穴原则是先整体后局部,先上后下,先阳后阴,先经络后脏腑,先补后泻[3]。

1.4　切脉指导针刺补泻　《灵枢》中的"为此诸病,盛则泻之,虚则补之……不盛不虚,以经取之"是根据寸口与人迎的对比切脉而提出的治则要求。阴经以寸口脉气大于人迎脉为"盛",针刺以泻阴经而补阳经;小于人迎脉为"虚",则补阴经而泻阳经。阳经以人迎脉大于寸口脉为"盛",针刺以泻阳经、

通讯作者:王羽丰,E-mail:wyf1974@139.com

补阴经;小于寸口脉为“虚”,则补阳经、泻阴经。补泻所取经脉皆取表里经。若寸口与人迎二脉相比较未及该经脉之盛虚标准者,则为“不盛不虚”,则只取病候、病位所属的经脉治之[4]。

切脉针刺根据“实则泻之,虚则补之”的原则进行补泻,不强调手法补泻,“得气”反应以脉象趋于正常为判断依据,不强调患者酸胀麻等感觉。切脉体会各部脉脉象,脉力强弱辨虚实,力大为实,力弱为虚。对应病情的虚实,补用金针,针刺浅,泻用银针,针刺深。以金针属火,银针属水,古人认为金偏补银偏泻[5]。其现代原理是金、银、不锈钢材质的电离及导电性能不一样,针刺穴位时对机体的作用就不一样,临床治疗其补泻作用差异是很明显的。

1.5 切脉判断针刺疗效 《灵枢·终始》云:“所谓气至而有效者,泻则益虚,虚者脉大如其故而不坚也,坚如其故者,适虽言故,病未去也,补则益实,实者脉大如其故而益坚也,夫如其故而不坚者,适虽言快,病未去也,故补则实,泻则虚痛虽不随针,病必衰去。”俞云指出《灵枢》中“气至”并非针下患者的酸麻重胀感,而是针刺后患者的脉象趋于正常,即脉坚实之实证,治疗后脉象趋于缓和,否则即使针刺当时自觉轻快,病必不去。如治疗颈椎病,其症状通常以颈痛、肢端麻木、头晕为主,治愈指标当以症状缓解为标,脉象转佳为本。若当次施针治疗时其症状有所缓解但脉象依旧没有变化,这就需要进一步切脉体会各部脉虚实变化之象,再根据补泻原则辨证取穴继续施针。采用正确的针刺泻法治疗实证,脉应由盛转平,而针刺补法治疗虚证后脉应由虚转实,否则纵使有症状的缓解但脉无实质改变,也说明针刺补泻没有达到预期疗效,而其远期疗效也会大打折扣。

2 切脉针刺治疗颈椎病

2.1 抓住主要矛盾 肝肾两脏精气不足、气血不荣、经脉失养,是为颈椎病发病之本;外感风湿寒、劳损跌仆,阻滞经气,乃为诱因。而如何辨别颈椎病发病病机,可以通过四部脉的脉象变化来做出判断,继而选穴施针。兼有明显外感风寒史,遇风寒痛增,得温痛减,畏风恶寒,此时寸口脉及人迎脉多浮紧,病机为外邪内侵;此时病位在表,治则以银针泻阳经为主。颈部有外伤或劳作过度史,痛如针刺,疼痛拒按,此时寸口脉多弦紧,人迎脉弦或有迟涩,病机为气滞血瘀;此时当以银针泻表经调畅气机活血化瘀为主,佐以金针补益里经阴脉经血。肢端麻木,时有放射痛,或有心悸胸闷等,此时寸口脉偏细,人迎脉多浮涩,太溪脉偏弱,病机为气血不荣,经脉失养,久而瘀阻经络。颈肩部酸痛,劳累加重,或伴头晕目眩,四肢乏力,甚则行走困难,二便失禁,此时四部脉多较沉弱且以太溪脉为主,病机主要为肝肾不足,髓海空虚,此时以金针补益肝肾阴脉为主,并加以提升胃气,补人迎、趺阳脉之不足。

以上只是列出笔者总结出来比较典型的颈椎病发病类型,而临床上同一疾病不同治疗阶段相应的脉象变化也大不相同。但本着“选穴施针是以脉定”原则,只要准确把握住脉象变化,四诊合参,就能精准辨证取穴。切脉针刺治疗颈椎病首先要抓住颈椎病发病的主要矛盾,继而通过切脉判断脉象变化,了解病因病机,再辨证取穴施针,加以补泻,以期症状好转,脉象转佳,则疾病自消。

2.2 切脉针刺第一针 切脉针刺的精髓就在调治气机,其第一针是精确调治气机的关键之一。临床上可以作为第一针所用的穴位大多为特定穴,如郄穴、络穴、六大总穴等。而治疗颈椎病所采用的第一针一般选择为平衡针中的颈痛穴,位于患者健侧的第四、五掌骨之间,掌指关节前方凹陷处,即液门透中渚。左右交叉取穴,具有交经导气之作用。平衡针的中医核心理论为心神调控学说[6],认为“心是五脏六腑之大主”,发挥最高统帅的作用,中医论疼痛多为“不通”,其病因可实可虚,偏盛偏衰,阴阳失衡,以调心神为切入点,更好地发挥心为大主之功能,通过调心神而调脏腑,平衡脏腑阴阳,以内养外,最终实现人体内外阴阳平衡。所以可选择颈痛穴作为切脉第一针。

2.3 按脉象取穴 主要根据整体脉象选穴[7]。人迎脉弱,可取百会、四神聪、人迎、伏突、肩井、翳风,采用补法;人迎脉强,则可在上述穴位上使用泻法。百会、四神聪可调整头部气血,升阳益气。人迎、伏突调整阳明经气血。肩井、翳风亦为对穴,可调整胸部气血,升提一身之阳气。寸口脉弱,可取太渊、内关、神门、脐小四针、脐四针等穴,采用补法;脐小四针(肚脐上下左右各旁开0.5寸)、脐四针(肚脐上下左右各旁开1寸)是俞云常用的针刺处方,具有补阴的作用,针刺后,大多数患者的寸口脉会有明显改善。寸口脉强,可取太渊、神门、内关、尺泽,采用泻法。太溪脉弱,可取补肾四针(即照海、太溪、复溜、三阴交)以滋阴补肾;若太溪脉增强不明显,可加阴陵三穴(阴陵泉、阴陵泉下1.5寸,阴陵泉内侧靠胫骨边0.5寸)。反之,则取上述穴位,采用泻法。趺阳脉弱,取梁门、天枢、足三里、阳陵泉,若不效可加上巨虚、下巨虚、丰隆三穴(丰隆、丰隆上3寸、丰隆下3寸),采用补法。反之,取上述穴位,采用泻法。

2.4 局部取穴 切脉针刺治疗颈椎病有别于其他针刺方式采取的俯卧位或者坐位,因其选穴主要遵循脉象取穴原则,并不因其病变在颈椎而着重选取颈部穴位,所以一般采用仰卧位,这也是为了让患者以最舒适的姿态接受治疗,减少颈椎的负担,增加针刺疗效。颈椎局部经验取穴一般选择风池、翳风及肩井穴等穴。又因颈椎病病变经络大多为三阳经,所以远端取穴一般以手足三阳经为主,一般可选择曲池、外关、后溪、列缺为其主穴[8]。风池穴可疏通太阳少阳经气,配肩井穴使局部精气调畅,气血通利;辅以远部曲池、外关、后溪以疏导阳明、少阳、太阳经气;配伍“头项寻列缺”原穴止痛法,共奏通经止痛之功。

3 验 案

患者,女,53岁,初诊:2018年4月10日。主诉:反复头晕头痛及颈肩部酸痛2年余,双上肢麻木伴行走无力半年余。现病史:患者2年余前反复出现头晕头痛及颈肩部酸痛,未系统治疗,半年前开始出现颈肩部僵硬疼痛加重,俯仰困难,双上肢时有麻木,无上肢放射痛,行走困难,脚踩棉花感,至当地医院行颈椎MRI示:颈3—颈5椎间盘突出,继发椎管狭窄,诊断为“脊髓型颈椎病”。患者拒绝手术,予非手术治疗,现症状未见明显好转,遂来求诊。刻诊:颈肩部酸痛,俯仰困难,双上肢时有麻木,无上肢放射痛,行走困难,脚踩棉花感,纳眠欠佳,

小便调，长期便秘，3~5日一行；舌淡暗苔白微腻，人迎脉浮涩无力，太溪脉、趺阳脉较弱，寸口脉弦细。体征：颈部广泛按压痛，活动轻度受限，转颈试验(+)，双侧霍夫曼征(+)、罗索里莫征(+)，四肢腱反射稍减弱，四肢肌力肌张力正常。诊断：脊髓型颈椎病(肝肾亏虚，脉络瘀阻)。治疗原则：补益肝肾，行气活血通络。切脉针刺取穴：金针双侧颈痛穴、百会、四神聪、腹大四针(双侧天枢、中脘、气海)、印堂、双侧翳风、风池、肩井、太溪、照海、列缺、昆仑、申脉、绝骨、阳池。中药处方：中成药麻仁丸口服。

2诊：2018年4月13日。患者头晕减轻，无头痛，双上肢麻木较前减轻，便秘好转，纳眠好转，颈肩部仍不适，行走仍不稳，需要搀扶，感口干，舌淡苔白，人迎脉、趺阳脉较前有力，太溪脉仍弱，寸口脉弦，余同前。切脉针刺取穴：金针双侧颈痛穴、金津玉液、天突、气海三针(气海、气海旁0.5寸各一穴)、中脘、中脘上三分、双侧风池、肩井、肓俞、内关、阴陵泉三针、三阴交、太溪、复溜、照海、然谷。

3诊：2018年4月17日。患者头颈部稍僵硬，但较前明显好转，仍有些许头晕，偶有双上肢麻木，踩棉花感较前改善，可独立行走，无其他不适，舌淡苔白，四部脉象均较前有力。查体：转颈试验(-)、霍夫曼征(±)。切脉针刺取穴：金针双侧颈痛穴、百会、脐小四针、双侧太阳、昆仑、绝骨、风池、肩井、阳池、合谷、三阴交、太溪、照海。银针双侧血海、阳陵泉。

4诊：2018年4月20日。患者无头晕头痛，颈肩部少许酸痛不适，双上肢偶发麻木，无放射痛，自述行走较前有力稳定，无踩棉花感。舌淡苔薄白，四部脉脉象均和缓有力。查体：转颈试验(-)、霍夫曼征(-)。切脉针刺取穴：金针双侧颈痛穴、肩井、翳风、太渊、列缺、昆仑、太溪。银针双侧合谷、曲池。

4次治疗后患者颈肩部无明显不适，无头晕头痛，肢端麻木及脚踩棉花感等症状改善明显，便秘及纳眠症状也较前好转。随访半年内未见颈肩部明显不适，偶有上肢麻木及头晕，无再发行走不稳及脚踩棉花感。

按语：四诊合参，辨证为肝肾亏虚，脉络瘀阻，根据四部脉象情况，考虑患者本虚为主兼有标实，治以金针补益各脉经气为主。1诊以平衡针颈痛穴作为切脉第一针，局部取风池、肩井疏泻经气，人迎脉浮涩无力，为精血不足，阳气无力鼓动，以金针百会、四神聪、印堂、肩井、翳风补上阳，取腹大四针提升胃气补趺阳不足，太溪脉弱，取太溪、照海、申脉、绝骨补肾益精填髓。便秘以麻仁丸通便调畅气机。2诊患者人迎脉较前增强，但太溪脉仍较弱，以金针取阴陵泉、三阴交、照海、复溜、然谷补太溪脉。加气海三针、中脘补益中气，患者口干，取金津玉液、天突改善症状，中脘上3分为腹人中，向头端斜刺，主治神经系统疾病。3诊患者脉象较前改善，以金针取百会、太阳治头晕，脐小四针、太溪、照海、绝骨补肾填髓。银针泻血海、阳陵泉活血通络。4诊患者脉象基本平稳，症状改善，偶有上肢麻木，继续以金针补益阴经经血，以银针泻曲池、合谷疏泻阳经经气。另外患者长期便秘，是气机不畅的一种表现，通调脏腑也是治疗便秘的重要方法。

4 切脉针刺治疗颈椎病的优势

切脉针刺是中医学的组成部分，其治疗思想亦如中医学一样讲究整体观，其优于其他流派针刺疗法的核心是切脉针刺治疗不完全是针对病，着眼于局部病变。更重要的是针对人，将人体看作是一整体，通过调整整体机能来达到治疗局部病变的效果。《灵枢·九针十二原》写道："凡将用针，必先诊脉，视气之剧易，乃可以治也。"切脉针刺继承《黄帝内经》的针刺理念，强调脉诊的重要性，本着"选穴施针是以脉定"原则，通过切脉判断脉象变化，了解整体情况，再辨证取穴施针，加以补泻，调节人的阴阳平衡，以期脉象转佳，症状好转，则疾病自消。

颈椎病发病机制复杂，往往涉及多个系统，其治疗不能单从颈椎局部考虑。普通针刺取穴往往单纯考虑颈椎局部经络，采取近端加远端取穴法疏通颈椎经气来治疗疾病，而忽略由颈椎引起的身体其他机能失衡，或是其他机能失衡引起的颈椎病变。其短期疗效较好，或者针对颈椎病初期有较好效果，但其远期疗效及针对一些复杂颈椎病如脊髓型、交感型、椎动脉型、严重神经根型等治疗效果方面，不尽如人意。

切脉针刺还可借助打针器快速进针，几乎无痛，以脉象转佳为得气指标，不强求酸麻胀的手法得气，让患者舒舒服服治病，扩大针刺人群，即使是怕针的敏感型患者也能适应。切脉针刺治疗颈椎病有别于其他针刺方式采取的俯卧位或者坐位，因其选穴主要遵循脉象取穴原则，并不因其病变在颈椎而着重选取颈部穴位，所以一般采用仰卧位，这也是为了让患者以最舒适的姿态接受治疗，减少颈椎的负担，增加针刺疗效。切脉针刺取穴也有别于传统的针刺取穴，普通针刺治疗颈椎病往往取穴处方固定，多次针刺同一个穴位会产生针刺疲劳现象，效果降低。而切脉针刺核心是凭脉取穴，每次取穴可不尽相同，能降低针刺疲劳现象，大大提高治疗颈椎病的疗效。治疗过程中通过切脉还可以动态地观察针刺临床变化，对患者病情的转变心中有数，指导进一步治疗。

参考文献

[1] 俞云.切脉针刺治癌[M].合肥：安徽科学技术出版社，1994.
[2] 李永健，邸若虹，李勇，等.俞云切脉针刺治疗肿瘤经验撷菁[J].上海针刺杂志，2016，25(9)：1-2.
[3] 俞云.切脉针刺：黄帝内经针法[M].北京：人民卫生出版社，2013.
[4] 原铁，周丽丽，张国雄.俞云切脉针刺治疗急性痛症经验撷萃[J].深圳中西医结合杂志，2012，22(3)：161-162，166.
[5] 何罡，马铁明.针刺针材质的演变[J].辽宁中医学院学报，2010，12(12)：173-174.
[6] 王文远.国家973平衡针刺学科最新理论研究[C]//中华中医药学会.中华中医药学会第七次民间医药学术交流会暨安徽省民间医药专业委员会成立大会论文汇编，2014：37-40.
[7] 田黎，刘泽银.俞云切脉针刺治疗食管癌经验[J].时珍国医国药，2017，28(2)：467-468.
[8] 梁繁荣.针刺学[M].北京：中国中医药出版社，2012.

（收稿日期：2018-12-14 编辑：罗英姣）

引用:高霄英,丁少杰,鲁海,张春红,阎莉.阎莉运用对耳轮下脚割治法治疗亚急性湿疹验案[J].中医药导报,2019,25(24):119-121.

阎莉运用对耳轮下脚割治法治疗亚急性湿疹验案*

高霄英[1,2],丁少杰[1,2],鲁　海[1,2],张春红[1,3],阎　莉[1]
(1.天津中医药大学第一附属医院,天津　300193;
2.天津中医药大学,天津　300193;
3.石学敏国医大师传承工作室,天津　300193)

[摘要]　阎莉从中医整体观念出发结合全息理论,认为亚急性湿疹的发生与湿热相关,主张割治法治疗该疾病,临床上运用景德镇瓷片割对耳轮下脚治疗湿疹,注重杂合以治,酌情配合针刺、拔罐及中药等方法,疗效明显。

[关键词]　亚急性湿疹;对耳轮下脚;割治;景德镇瓷片;全息理论;医案;阎莉
[中图分类号]　R249.2　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0119-03

湿疹是临床常见病、多发病。皮疹好发于颈、腰背及肘窝、腘窝等皮肤褶皱较多部位,对称分布,形状不固定,伴红肿、渗出、剧烈瘙痒,病程迁延反复,经年不愈,严重影响患者生活[1-2]。据统计,成人湿疹发病率为2%~10%,儿童则高达15%~30%,且近年持续攀高[3]。目前,临床治疗亚急性湿疹以皮质类固醇药物外用为主,短期疗效良好,但病情易反复、副作用明显[4];中医学常以健脾宣肺、清利湿热为纲,治法涉及刺络拔罐[5]、火针[6]、中药[7]等,疗效确切,常能临床治愈,副作用小,故立足中医理论,优化治疗湿疹方案极具临床价值。

阎莉为天津中医药大学第一附属医院主任医师,从事针刺治疗脑血管病和神经科疑难杂症临床工作50余年。阎莉行医尊崇传统中医理论,四诊合参,辨证严谨,取穴考究,手法规范,用药精简,忌多禁乱,又谙中医学"杂合以治"之理,治病不拘一格,除针药之举,对于中医外治法割治皮肤病有一定的心得。在长达数十年的临床工作中,多以景德镇瓷片割对耳轮下脚治疗急性、亚急性湿疹,屡获良效,且无毒副作用。该法以全息理论为指导,根据患者临床症状酌情使用单一割治或联合疗法,现摘录如下,以飨同道。

1　病历摘要

1.1　病势轻者　患者,男,71岁,2017年12月26日初诊。主诉:头顶部斑块样皮损伴瘙痒3 d。患者于半月前因周围性面瘫来我院针灸科门诊治疗,期间因担心面瘫病情,过于紧张、焦虑,3 d前头顶部皮肤开始出现皮疹,局部红肿、渗出,瘙痒异常。因有湿疹病史12年,遇季节交替、过度紧张等因素发病,遂认为现症状为湿疹发作,曾外用西药(具体不详)止痒,考虑其含激素、易复发,故来我科室咨询。刻诊:皮损面积手掌大小,渗出不明显,局部泛红、增厚,因搔抓有结痂、鳞屑(见图1);纳差,眠可,二便调;舌红、苔黄腻,脉弦滑。西医诊断:亚急性湿疹。中医诊断:湿毒(肝郁脾虚,湿热内生证)。治以疏肝健脾,清利湿热,运用景德镇瓷片(见图2~3)浅割两侧对耳轮下脚。操作:以左侧对耳轮下脚为例,于光线良好处嘱患者端坐,头微右斜,术者站于患者左前侧,左手拇指指腹按于患者耳廓内、耳尖穴略下处,食指屈曲置于耳背后,以第一指关节放于拇指指腹对应处,而后拇指指腹用力后按,同时食指指腹向前推,充分暴露对耳轮下脚。右手持瓷片,以其锋利端抵于对耳轮下脚中点,施力浅割,割痕稍显即可(见图4),对侧同法。同时嘱患者清淡饮食,畅情志,适起居。

2诊:2017年12月28日,患者诉头部瘙痒减轻,结痂多数脱落,皮色接近正常(见图5)。继割3次临床症状消失。

图1　初诊时皮损

图2　瓷片厚度(约0.5 cm)

*基金项目:国家中医药管理局第二届国医大师传承工作室建设项目(81573849),项目名称:石学敏国医大师传承工作室
通讯作者:张春红,E-mail: drzch1113@163.com

图3　瓷片大小(约4 cm²)

图4　割治部位

图5　2诊时皮损

1.2　病势重者　患者，女，56岁，2018年1月31日初诊。主诉：四肢、腹股沟、腰背部、胸腹部多发粟粒样丘疹，伴剧烈瘙痒3个月余。患者3个月前于游泳后四肢对称性出现小丘疱疹，部分渗出，蔓延至腹股沟、腰背等部位，瘙痒难忍，后就诊于某医院皮肤科，诊断为“湿疹”，予西药内服、外用(具体不详)，因担心激素副作用而未使用。刻诊：四肢、腹股沟等部位有大量结痂、泛红小丘疱疹，部分渗出不明显，瘙痒严重(见图6~7)；夜寐不安，纳可，二便调；舌红、苔黄腻，脉滑数。西医诊断：亚急性湿疹。中医诊断：湿毒(脾胃湿热证)。治以清热利湿，解毒止痒，运用景德镇瓷片重割对耳轮下脚和针刺治疗。割治法操作如上，施力重割，割痕明显为度(见图8)。针刺处方：双侧曲池、外关、合谷、血海、足三里、三阴交、中脘。操作：中脘穴以0.3 mm×75 mm一次性无菌针灸针按呼吸补泻泻法徐而深刺至针体全部进入再退至表层，重复3次出针，不按针孔，余穴均用0.3 mm×40 mm一次性无菌针灸针直刺8~12 mm，提插捻转泻法1 min。留针30 min，起针后于神阙穴用3号玻璃罐拔火罐5 min。嘱患者清淡饮食，畅情志，适起居。割治、针刺、拔罐均隔日1次。

2诊：2018年2月1日，患者自诉瘙痒稍减，小丘疱疹消退不明显。治疗如上，另加中药处方：陈皮12 g，茯苓12 g，泽泻12 g，猪苓10 g，萆薢10 g，苍术10 g，白术10 g，金银花15 g，蒲公英15 g，白花蛇舌草15 g，白鲜皮15 g，夜交藤12 g，远志12 g，合欢皮12 g，酸枣仁6 g，磁石15 g(先煎)，甘草6 g。7剂，1剂/d，分2次温服。黄连210 g分7次煎水冷敷，每次至少30 min。

3诊：2018年2月8日，期间患者坚持割治、针刺、拔罐治疗，诉瘙痒明显减轻，泛红小丘疱疹皮色变浅，渗出区域结痂，陈旧性结痂脱落(见图9~10)。处方不变，再5剂，服法同上。

4诊：2018年2月12日，期间坚持割治、针刺、拔罐治疗，诉症状基本消失，结痂脱落处留有瘢痕(见图11)。

图6　初诊时上肢皮损

图7　初诊时腹部皮损

图8　割治部位

图9　3诊时上肢皮损

图10　3诊时腹部皮损

图11　4诊时上肢皮损

2　讨　论

湿疹属中医“湿毒”范畴，《医宗金鉴》记载：“遍身生疮，形如粟米，瘙痒无度，搔破时，津脂水浸淫成片”。其发病多责之于情志失调、外感湿毒、脾失健运而积生湿毒，发于肌表成疮。案例1中，患者年老禀赋不济，又焦虑内郁，郁久自生内热，其次肝木克脾土，脾失健运，湿无所化而日盛，继而湿热相搏，毒疮外发，瘙痒难忍，应疏肝健脾，清利湿热。患者病史虽长，但此次复发皮损范围小、瘙痒程度不甚，症状较轻，单用景德镇瓷片浅割对耳轮下脚即刻散郁滞、清湿热，故2诊时症状大好，继续割治3次，令余邪出尽。案例2中，患者因游泳感于外邪，外邪势盛渐入，引触体内湿邪外发，二者相互牵引，共郁皮下而生热，湿热相合“如油入面”，胶着难解，邪势凶猛袭于外，发而成疮，患者湿疹发病部位较多，面积较广，瘙痒剧烈，遵循清热利湿，解毒止痒法则施治。首诊仅予外治法(割治结合针刺拔罐)起效不明显，推测病邪蓄久入里，湿热内停，故复诊时加内服、外敷中药，再复诊时瘙痒明显减轻，泛红小丘疱疹皮色变浅，渗出区域结痂，陈旧性结痂脱落，说明热势大退，湿邪余留，方药如前，使湿热尽除，数天后临床告愈。针刺处方中，外关属手少阳三焦经络穴，通于手厥阴心包经，可拒外邪入里、驱内邪外出；曲池、合谷为手阳明大肠经穴表里双解之要穴，善清风热内火；血海主血病“治风先治血，血行风自灭”，配三阴交、足三里可健脾祛湿、清热凉血；中脘属任脉，且为胃之募，腑之会，芒针刺中脘由体表深达内脏，可直泻脏腑湿热于外。中药复方中，陈皮、茯苓、猪苓、萆薢、泽泻、苍术、白术共奏健脾理气祛湿之功，以金银花、蒲公英、白花蛇舌草、白鲜皮清热解毒疗疮，取夜交藤、远志、合欢皮、酸枣仁、磁石宁心安神舒情志，生甘草则调和诸药；其次，黄连取其苦寒之性，清热燥湿，泻火解毒，外用冷敷可直接作用于湿疹皮损部位，减缓瘙痒程度。以上多法联合，共同治愈疾病。

景德镇瓷片割对耳轮下脚治疗亚急性湿疹有效可从两方面阐述其机理：一是全息理论，二是景德镇瓷片的特殊材质。全息论认为局部是由整体衍生而来，局部包含整体的全部信息，每个局部都可看作一个全息胚，全息胚内嵌有整体各个部位的对应点，头针、耳穴、舌诊、手诊等皆是全息理论在中医领域的应用[8-9]。耳部为人体的一个全息胚，刺激反应点可调节相应的脏器、经络，以达到治疗效果。对耳轮下脚对

应人体下肢[10],十二经脉中只足三阴经从足走腹,尤以太阴、厥阴集中循行于下肢,所以刺激对耳轮下脚可调节太阴、厥阴二经的生理功能,以割治为干预方法可助其清泻之力,在健脾舒肝的基础上助其快速清泻湿热。观察近年割治湿疹病例,仅使用景德镇瓷片者效佳。相关文献有载景德镇瓷器主原料为高岭石、石英、白云母、长石、方解石,含硅、铝、铁、钠、钾等元素[11],且部分湿疹诊治方案中对上述元素均有涉及[12-14],故景德镇瓷片割治效佳是否因其材质的特殊性?目前相关研究较少,尚不能明确断定,值得进一步探索。

割治是古代"砭刺、放血"疗法的继承应用,可疏经通络、清利湿热,再配以景德镇瓷片的特殊材质治疗亚急性湿疹每奏奇效。临床应用应注意观察、分析患者即刻症状,准确辨证施治,灵活运用中医内、外治法,切勿延误病情。

参考文献

[1] FISCHER A H, SHIN D B, MARGOLIS D J, et al. Racial and ethnic differences in health care utilization for childhood eczema: an analysis of the 2001-2013 medical expenditure panel surveys[J].J Am Acad Dermatol,2017,77(6):1060-1067.

[2] 刘斌,汤晓龙.麻杏石甘汤合四君子汤加减治疗湿疹临床体会[J].上海中医药杂志,2019,53(2):30-32.

[3] 蔚志仁,石晶,王彩霞,等.参苓白术散加减治疗脾虚湿蕴型亚急性湿疹临床疗效及对炎症因子和外周血T淋巴细胞亚群的影响[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(5):63-67.

[4] 陈平,杨志波,杨光艳,等.外用中药治疗慢性湿疹研究进展[J].中华中医药学刊,2012,30(3):523-526.

[5] 武宗琴,彭勇,王英杰,等.中医内、外治法治疗湿疹的研究进展[J].世界临床药物,2017,38(3):149-153.

[6] 李茜,林诗雨,李晶晶,等.岭南火针治疗慢性湿疹的疗效观察及对患者免疫功能的影响[J].河北中医,2018,40(4):600-603.

[7] 雷晴,王建国,黄德铨.中药内服外用治疗血虚风燥型慢性肛门湿疹的临床观察[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(3):428-340.

[8] 朱云燕.针药结合护理干预对功能性胃肠病患者伴抑郁焦虑状态影响的研究[J].中医外治杂志,2019,28(2):10-11.

[9] 马文辉,姚博.关于中医思维的几点思考[J].中华中医药杂志,2017,32(7):2842-2844.

[10] 孙国杰.针灸学[M].上海:上海科学出版社,2001:194-206.

[11] 卢家明.《景德镇陶录》探析[J].自然科学史研究,1998,17(2):176-187.

[12] 李珊.明矾临床应用浅识[J].中国民间疗法,2007,15(9):31-32.

[13] 史克实,乔桂芝,艾蕾.复方色甘酸钠霜治疗面部湿疹皮炎疗效观察[J].中国麻风皮肤病杂志,2001,17(1):34.

[14] 吴凤兰,刘桂英.高锰酸钾溶液冷湿敷治疗渗出型婴儿湿疹[J].疾病监测与控制杂志,2015,9(2):117-118.

(收稿日期:2019-03-29 编辑:刘国华)

(上接第115页)究者应认真研读CONSORT 2010声明和STRICTA标准,严格遵守报告规范,提高针灸类RCT的报告质量。

参考文献

[1] 周谋望,岳寿伟,何成奇,等."腰椎间盘突出症的康复治疗"中国专家共识[J].中国康复医学杂志,2017,32(2):129-135.

[2] 饶美林,肖洪波.常见病康复诊疗规范:腰椎间盘突出症康复规范管理与分级诊疗[J].安徽医学,2017,38(9):1230-1231.

[3] 雷华平,陈建华,张万桂,等.腰椎间盘突出症非手术治疗现状[J].湖北中医药大学学报,2018,20(3):126-128,封3.

[4] KERR D, ZHAO W, LURIE J D. What Are Long-term Predictors of Outcomes for Lumbar Disc Herniation? A Randomized and Observational Study[J].Clin Orthop Relat Res,2015,473(6):1920-1930.

[5] HELI VAARA M. Body height, obesity, and risk of herniated lumbar intervertebral disc[J].Spine,1987,12(5):469.

[6] 黄文婷,杨雪丽,闵佳慧,等.针灸治疗腰椎间盘突出症的临床研究进展[J].按摩与康复医学,2018,9(19):87-90.

[7] 刘建平.临床试验随机化的概念与方法[J].中国中西医结合杂志,2003,23(4):244-246.

[8] 刘建平.循证中医药临床研究方法学[M].北京:人民卫生出版社,2006:297.

[9] 刘玉秀,成琪,刘丽霞.2010版CONSORT声明:平行组随机试验报告的新指南[J].中国临床药理学与治疗学,2010,15(10):1189-1194.

[10] MACPHERSON HUGH, ALTMAN DOUGLAS G, HAMMERSCHLAG RICHARD,等.针刺临床试验干预措施报告标准修订版:CONSORT声明的扩展[J].中国循证医学杂志,2010,10(10):1228-1239.

[11] DAGENAIS SIMON, MOHER DAVID.中医药临床随机对照试验报告规范(征求意见稿)(英文)[J].中国循证医学杂志,2007,7(8):601-605.

[12] 林晓霞.论科研论文题目的撰写[J].农业图书情报学刊,2007,19(7):149-151.

[13] 陈平雁.临床试验中样本量确定的统计学考虑[J].中国卫生统计,2015,32(4):727-731.

[14] 吴泰相,刘关键.隐蔽分组(分配隐藏)和盲法的概念、实施与报告[J].中国循证医学杂志,2007,7(3):222-225.

[15] 刘雅莉,何丽云,刘佳,等.建立针灸临床试验注册中心促进针灸临床试验透明化[J].中国针灸,2017,37(7):685-689.

(收稿日期:2019-03-20 编辑:蒋凯彪)

引用:徐爱琴,王首帆.名老中医徐宜厚治疗皮肤病的辩证思维和用药心得[J].中医药导报,2019,25(24):122-124.

名老中医徐宜厚治疗皮肤病的辨证思维和用药心得*

徐爱琴,王首帆
(武汉市中医医院,湖北　武汉　430014)

[摘要]　介绍名老中医徐宜厚治疗皮肤病的辨证思维和用药心得,并附上两则医案。徐宜厚重视辨识皮损的特征,注重外病内治;临证慎密,重视辨别兼证;强调审证求因,力争病证与用药贴切;善于调理,重视脾胃;尊崇经方,又善于运用时方;熟谙药性,分量轻灵;常针灸和中药配合应用。

[关键词]　皮肤病;辨证论治;名医经验;徐宜厚
[中图分类号]　R249.2　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0122-03

传承和研究名老中医的临床经验和学术思想,是推动中医学术发展、加快人才培养、提高临床服务能力的迫切需求,中医的传承和创新被提到中医药发展的战略高度,名老中医经验和学术思想的传承成为中医界的重要话题。徐宜厚,武汉中医大师,湖北中医大师,湖北中医名师,全国第2批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,享受国务院特殊津贴,从事中医皮肤临床工作近60年,积累了丰富的治病经验,具有深厚的理论造诣,且临床疗效突出。笔者有幸跟师学习,现总结徐宜厚治疗皮肤病的辨证思维和用药心得,以启迪后学。

1　善辨皮损,更重整体

皮肤病的辨证治疗,常以皮肤损害的形态、颜色和分布的区域为客观依据,徐宜厚十分重视辨识皮损的特征。如徐宜厚认为红斑压之褪色为气分有热,压之不褪色为血分有瘀;紫斑为热瘀阳明;黑斑为热毒之极;白斑为气滞或气血不调等。又认为丘疹病位在肺、脾,色红者多属血热;渗水者多属湿热;发痒者属于风热。结节皮色红而可触及核者为气滞血瘀;皮色如常,按之有核,为痰湿凝聚或痰瘀互结。白色风团属风寒或阳气虚弱;红色风团属风热。小水疱是酷暑时令火邪入肺伏结,大疱系心火妄动;脓疱系热甚成毒;血疱系热毒波及血分,逼血妄行。肿瘤多由瘀血、痰滞、浊气留滞于组织之中。囊肿多由痰凝液留或瘀血湿热互结所致[1]。徐宜厚据此来指导临床辨证,遣方用药往往取得奇效。

徐宜厚常讲皮肤病虽形于外,而实发于内,没有内乱,不得外患。“有诸内必行诸外”,故不要把皮肤病看成是简单的皮肤损害,外在的皮损往往是脏腑气血阴阳失调的外在表现。徐宜厚在治疗皮肤病时强调辨证准确,注重外病内治,结合皮损辨证,常通过内服药调整脏腑气血而获效。

2　临证慎密,细辨兼证

徐宜厚认为许多皮肤病的施治,都要依赖于脉、症、舌等客观指标来反映疾病的所在,为立法用药提供理论上的依据。徐宜厚对急性皮肤病,首选卫气营血辨证,重点观察发热、斑疹、舌苔、脉象。徐宜厚认为急性皮肤病发热有虚有实,属实的多数由于阳热亢盛,邪在气分居多;属虚的为余热留伏阴分,邪在营血。徐宜厚认为斑为气分有热,疹为风热血热或湿阻所致,斑的病位在胃,疹的病位在肺[1]。并且认为舌诊和脉诊具有较高的实用价值。对于慢性皮肤病和杂病,注重脏腑、经络辨证,尤其重视辨别兼证。比如瘙痒是皮肤病最常见的自觉症状,徐宜厚根据瘙痒形成的原因将瘙痒分为风痒、湿痒、虫痒、热痒、燥痒、毒痒、食痒、瘀痒、酒痒、虚痒,并据此来辨证用药常获良效[1]。对于女性患者,必询问经带胎产史,尤其重视月经,徐宜厚常说月经周期的长短、月经量的多少、经期有无痛经和乳房胀痛等都能反映女性患者的气血和寒热状况,是辨证用药很好的参考依据。对于小儿患者,徐宜厚注重观察大便的形状、次数,食欲的强弱,出汗的多少及有无发热。徐宜厚认为小儿为稚阳之体,若先天不足或喂养不当均可损伤脾阳,导致脾胃虚弱而发皮肤病。比如特应性皮炎,有的表现为体质瘦弱、怕风、食欲欠佳的脾虚证,有的表现为大便干结、口臭、怕热的湿热证。徐宜厚告诫我们临床要仔细辨别。对于普通患者,徐宜厚注重观察和询问大便的形状和次数,怕冷还是怕热,有无自汗或盗汗,还会根据患者的面色、形体的强壮或瘦弱,语声的高亢或低弱等来辨别病机。

3　方证相应,用药贴切

徐宜厚在临床中强调审证求因,方证相应,力争病证与用药贴切。比如用麻黄桂枝各半汤治疗慢性荨麻疹;用滋阴

*基金项目:武汉市卫生计生委科技计划项目(WZ13D03),项目名称:徐宜厚学术思想及临床经验研究
通讯作者:王首帆,E-mail:39260467@qq.com

降火、柔养肝肾的大补阴丸治疗干燥综合征；用肾气丸引火归元治疗红皮病型银屑病；用清心扶脾的三心导赤散治疗婴儿湿疹；用凉血五花汤治疗面部过敏性皮炎；用凉血五根汤治疗下肢丹毒和血管炎。徐宜厚善用经方，辨别主症，灵活化裁。比如徐宜厚用桂枝加龙骨牡蛎汤治疗脱发，强调抓住4个主症：少腹弦急、阴头冷、脱发；男子失精，女子梦交；脉芤或迟；亡血、失精。方中用桂枝汤调和营卫，加龙骨、牡蛎涩敛固精，镇潜收敛，诸药同用达到阳守阴固、潜镇固精之效。临床常见患者手淫频繁致精亏，出现头发脱落、手足冰冷等症，颇合《金匮要略》所列诸证，故用本方而收效。由此推论凡见阴阳两虚，或者虚寒、虚热诸证，均可以本方为基础加减。如虚寒证的冻疮，本方加入鸡血藤、活血藤、石楠藤、丹参等；虚热证的多汗症，本方加入糯稻根、浮小麦、黄芪、防风、白术等。只有抓住主症，做到方证相应，灵活化裁才会有好的疗效[2]。

4 善于调理，重视脾胃

脏腑辨证中，尤重脾胃。徐宜厚这一思想来源于李杲“治肝、心、肺、肾有余不足，或补或泻，唯益脾胃之药为切”（《脾胃论·脾胃胜衰论》）。徐宜厚认为脾胃的辨证在慢性皮肤病和杂病的治疗中占据重要地位。徐宜厚认为现代人饮食不节，缺乏运动，精神压力大，易伤脾胃，脾胃病变是导致多种皮肤病的原因。徐宜厚指出湿疹、天疱疮等水疱性、糜烂渗出性的皮肤病多与脾虚湿盛有关。慢性湿疹、慢性皮炎、瘙痒症、鱼鳞病等干燥性、瘙痒性皮肤病多与脾失健运、肌肤失去水谷精微营养有关。紫癜、牙龈出血又和脾不统血有关。因此总结出脾胃病变导致皮肤病的治疗方法，是很有必要的。正如张景岳说：“凡欲察病者，必须先察胃；凡欲治疗者，必须常顾胃气。胃气无损，诸可无虑。”徐宜厚在脾胃论思想的指导下，创立脾胃论十四法，包括健脾益气法、扶脾化湿法、扶脾化痰法、扶脾固表法、清脾泻火法、清胃泻火法、和胃除湿法、补中益气法、益气温阳法、滋阴润燥法、扶脾保肺法、舒肝益脾法、清心泻火法、温阳通痹法[3]。徐宜厚强调在辨证用药时应掌握好以下关系：（1）升与降：脾气主升、胃气主降，升降协调，方能运化如常；（2）补与泻：在升运脾阳、扶益元气的同时，还需直泻阴火，否则阴火不安其位，反致上乘脾胃[3]。

5 尊崇经方，珍视时方

徐宜厚既采用张仲景及前人方，也自制了若干新方，或因证立法，熔古今名方于一炉。徐宜厚既精于伤寒之学，也告诫学生不要死搬古方而不知变通。除了《伤寒论》外，徐宜厚尤其推崇《温病条辨》《温热经纬》《临证指南医案》，徐宜厚常讲《伤寒论》是中医药的瑰宝。徐宜厚应用经方于临床，药少而精，效如桴鼓。徐宜厚运用经方有3个原则：方证对应，应用原方；随证加减，活用经方；善师古法，创立新方。比如徐宜厚常用麻黄汤、桂枝汤、麻黄桂枝各半汤治疗荨麻疹；用白虎汤治疗热性皮炎；用五苓散治疗天疱疮；用当归四逆汤治疗冻疮；用真武汤治疗狼疮性肾炎；用甘草泻心汤治疗白塞氏综合征。但徐宜厚也强调时方在临床中的重要性，二者不可偏颇。徐宜厚在近60年的临床实践中，运用时方治疗皮肤病也颇有心得。比如用枇杷清肺饮治疗痤疮；用泻黄散加减治疗口周皮炎，用银翘散治疗急性荨麻疹；用归脾汤治疗过敏性紫癜等。在临床中均取得较好的疗效。

6 熟谙药性，分量轻灵

徐宜厚熟谙药性，见解独特。善用经方，但不限于经方，常以己意自制新方，处方轻巧灵活，药简效速。徐宜厚不仅整理出从病因论方用药、七情致病用药、饮食不节致病用药的关系，还整理出皮肤损害用药：斑疹用药、丘疹用药、结节用药、风团用药、水疱与大疱用药、脓疱用药、肿瘤用药、囊肿用药、鳞屑用药、表皮剥脱式抓痕用药、浸渍用药、糜烂用药、皲裂用药、苔藓用药、溃疡用药、痂用药、瘢痕用药、萎缩用药、色素沉着用药，还根据药性关系整理出花类药的适应证，藤类药的适应证[4]。徐宜厚继承赵炳南的经验，用凉血五花汤治疗病在肤腠之类皮肤病，用凉血五根汤治疗病在经络之类的皮肤病，用多皮饮治疗病在体表的皮肤病。徐宜厚常告诫我们，对待病情，要分清主次，药量轻灵。比如附子用量，徐宜厚根据个人病情及体质差异，常用3~15 g，徐宜厚认为附子的用量并不是越大越好，原则是最小剂量达到最大的治疗效果。又比如徐宜厚用凉血五花汤治疗日光性皮炎，红花、凌霄花、菊花、玫瑰花、鸡冠花的用量是6~10 g。徐宜厚从临床实践中体会到，凡花类药皆质地轻扬，大多能升能浮，能宣能透，具有轻而扬之的作用。在“十剂”中属轻剂的范畴，用量不宜过大。

7 针药同用，匠心独具

徐宜厚治疗皮肤病常针灸和中药配合应用，他认为针灸能“发腠理、致津微、调气血”，使邪气外泄，疾病得到治愈。徐宜厚认为通过针刺体表经穴，促使经气通畅和微循环的改善，加强表皮细胞的新陈代谢，增强肌肉的弹性，这样有利于清除皱纹，预防衰老，保持面色红润和肤色的滑润。针灸疗法在皮肤科领域大有可为。徐宜厚治疗脂溢性脱发常用平补平泻法，主穴：百会、四神聪、头维；配穴：上星、翳风。酒糟鼻用平补平泻法，主穴：印堂、素髎、迎香、地仓、承浆、颧髎；配穴：禾髎、大迎、合谷、曲池。治疗痤疮用平补平泻法，主穴：印堂、颧髎、上星、颊车、迎香；配穴：太阳、攒竹、曲池、合谷[5]。每2~3 d针刺1次，每次留针30 min，10次为1个疗程。通过针刺疏通局部经络，调畅皮损局部气血，达到活血祛瘀、解毒散结、扶正祛邪的目的，和中药内外结合，临床收效甚佳。

8 验案举隅

8.1 验案1：黑变病 患者，女，38岁，2006年7月9日初诊。主诉：面颈部皮肤变黑1年。自述1年来，始觉面部连及颈项皮肤变黑，日渐加重，同时经常烦躁不安，夜寐欠宁，伴有神疲乏力，入冬后畏寒尤为明显，喜用热水袋之类取暖。颜面、前额、两颊、颈项等处皮肤颜色深黑，腹部肌肤亦然；脉沉细，舌质淡红，苔少。西医诊断：黑变病。中医诊断：黎黑斑病（脾肾虚弱，血弱不华，肾色外露）。治以疏肝益肾，方用二仙汤合逍遥散加减。处方：仙茅、北柴胡、当归、桃仁、红花、山楂各6 g，淫羊藿、熟地黄、麸炒白术、炒白芍、仙鹤草、菟丝子、覆盆子、茯神各10 g，谷麦芽各15 g，大枣5枚。7剂，1剂/d，水煎服，分早晚温服。

2诊：2006年7月15日，自觉神疲乏力略有好转，守上方加海燕、雄蚕蛾各6 g。14剂，1剂/d，水煎服，分早晚温服。

3诊：2006年7月30日，肤色见淡，畏寒等症明显改善，嘱步上方增减改为药丸调治。醋北柴胡、当归、红花、桃仁、雄蚕

蛾、海燕、仙茅各50 g，丹参、仙鹤草、淫羊藿、麸炒白术、炒白芍、熟地、茯神各100 g；百合、天冬、麦各100 g；酸枣仁、柏子仁各80 g；菟丝子、覆盆子、小麦、青蒿、山药各120 g。研细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，3次/d，6 g/次。

4诊：2006年10月30日，肤色减淡很多，前额、面颊渐趋正常，神疲乏力、畏寒等症基本见愈，嘱其守原方再配1次丸剂。2007年4月复查，肤色恢复正常。

按语：黑变病是一种以外露部位弥漫性色素沉着为特征的皮肤病，根据中医五色归五脏的藏象学说，本病与肝、脾、肾关系密切。肝郁不舒，气血郁结，脾失健运，水谷精微不能上输，气血生化乏源，肾阳不足则阴寒内盛，气血不得温煦，则皮肤失于荣养，故见皮肤变黑、怕冷、神疲乏力；脉沉细，舌淡红、苔少都是气血不足之像。徐宜厚认为脾肾阳虚是本病辨证施治的核心，用方以二仙汤、逍遥散为主方，随证加减。本案以二仙汤为基础，温阳益肾，不热不燥，不寒不凉，凡脾肾阳虚之证，用之有效；逍遥散重在疏肝解郁，养血健脾。赵献可说："余以一方治木郁，而诸郁皆愈，逍遥散是也。"前者治肾，后者调肝，酌加药物分为4类：一是活血通络，如山楂、红花、桃仁、仙鹤草；二是扶正补肾，如菟丝子、覆盆子、海燕、雄蚕蛾；三是健脾悦色，如山药、大枣、麦芽；四是宁心安神，如百合、枣仁、柏子仁等。诸药共用，肾得补，肝得疏，脾得扶，心得宁。使之血弱不华之兆，得到改善，面部肤色则可明亮润泽。服药1周后复诊，神疲乏力略有好转，鉴于患者阳虚为其主要特征，加用两味比较少见的中药。一是雄原蚕蛾，该药始见于《名医别录》，李时珍说："蚕蛾性淫，出茧即媾，至于枯槁乃已。故强阴益精用之"；二是海燕，始载于《本草纲目》具有滋阴壮阳之效。在临床中，凡见肾阳虚怯，本色外露之类的色素沉着病，两药小剂量同用，不仅能温阳散寒，而且还能和颜悦色，有利于机体的改善[6]。半月后3诊，患者肤色、畏寒等症明显改善，改用丸药调理。3个月后4诊，肤色渐趋正常，神疲乏力、畏寒等症基本见愈。效不更方，再服一料丸药，半年后复查，肤色恢复正常，获临床治愈。

8.2　验案2：白塞病　患者，女性，18岁，2013年5月14日初诊。主诉：外阴反复溃疡8个月，口腔溃疡伴皮肤起疹5个月。患者8个月前发现外阴处起红色丘疹、结节，逐渐增多、加重，逐渐出现溃疡，局部感疼痛，自用夫西地酸乳膏外用2周后，皮疹好转，但1周后复发，5个月前患者口腔黏膜及双唇开始出现溃疡，且双小腿胫前出现蚕豆大小红色结节，压痛明显，另外逐渐出现丘疹、脓疱以及毛囊性丘疹等多种形态皮疹。其后2周口腔黏膜及双唇溃疡愈合，双小腿疼痛性结节消退不明显，于外院行皮肤组织病理检查，病理诊断"结节性红斑"，给予抗炎、抗感染以及对症治疗10 d后出院。近2个月，患者口腔、外阴处溃疡再次加重，且面、前胸、后背、双膝关节处出现红色皮疹，同时发现针刺处出现红色皮疹，以"白塞病"收入院。患者未诉眼睛不适，无发热、关节疼痛等症状，大便秘结，三四日一行，小便黄。舌两侧、上下唇黏膜可见粟粒大小的浅溃疡，其上可见白色膜状物，未见明显分泌物；大小阴唇、阴道可见密集黄豆暗红色溃疡，上可见脓性分泌物，触痛(+)；面、胸背、双膝关节处、额头及两侧、枕部可见散在或密集分布的粟粒至黄豆大小的暗红色丘疱疹、毛囊性丘疹；双小腿胫前可见散在分布的蚕豆大小的暗红斑，未触及结节；舌红苔薄，脉细数。入院后查胸部正位X片提示：左上肺结核，部分病灶性质不稳定。查胸部CT示：左上肺改变，可能为纤维增强灶。眼科检查无明显异常。西医诊断：白塞病。中医诊断：狐惑病(肝肾阴虚，心火上炎)。治以滋补肾阴，清心泻火，疏肝解郁。方用三才封髓丹、导赤散、六味地黄丸合逍遥散加减。处方：南沙参15 g，麦冬、生地黄、茯苓、炒白芍各12 g，淡竹叶、酒萸肉、泽泻、盐杜仲各10 g，甘草、莲子心、北柴胡、丹皮、沉香各6 g，灯芯草3 g。21剂，1剂/d，水煎服，分早晚温服。

2诊：2013年6月4日，服上方治疗3周，患者口腔、会阴部溃疡基本愈合，面、躯干、四肢等处皮疹消退。

按语：本病多因忧思郁怒、劳累过度致肝肾阴虚，夹杂湿热内蕴，毒邪窜络，肝肾失司，上扰口眼，下注阴器，经脉阻隔，气血凝滞而发。《金匮要略》云："狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐。不欲饮食，恶闻食臭，其目面乍赤、乍黑、乍白。"

该病病机多为湿热化毒下注，心火上炎，以肝肾阴虚为本，心火上炎为标。因肝肾不足，湿热蕴毒，循经走窜，故见外阴、口腔反复出现溃疡；湿热内蕴，毒邪窜络，故皮肤出现丘疹、脓疱、疼痛性结节；大便干结为湿热结于大肠所致；舌红苔薄、脉细数也为肝肾亏虚之像。多用滋阴补肾，攻补兼施之法。若患者本身大便稀溏，脾气虚甚，在滋阴基础上应加强健脾之法。徐宜厚认为此病口腔黏膜病变应注意辨明部位，颊黏膜属脾、牙龈属胃、舌属心。方中南沙参、麦冬、生地黄养阴清热；酒萸肉、泽泻、茯苓、生地黄、丹皮为六味地黄丸去山药，着重补肾中之阴；柴胡、炒白芍养血柔肝，疏肝理气；淡竹叶、莲子心、灯芯草为导赤散加减清泻心火；杜仲、沉香为外阴引经要药。共奏滋阴降火、疏肝解郁之功。服药3周后复诊，口腔、会阴部溃疡基本愈合，面、躯干、四肢等处皮疹消退，获临床治愈。

参考文献

[1] 徐宜厚.中医皮肤科临床手册[M].上海：上海科学技术出版社，2000.

[2] 徐宜厚.徐宜厚皮肤传心录[M].北京：人民卫生出版社，2009：73-74.

[3] 徐宜厚.跟名师学临床系列丛书：徐宜厚[M].北京：中国医药科技出版社，1998：20-22.

[4] 徐宜厚.名老中医临床用药心得丛书徐宜厚皮肤病用药心得十讲[M].北京：中国医药科技出版社，2014：1-13，88-93.

[5] 徐宜厚，王保方.皮肤病针灸治疗学[M].北京：科学普及出版社，1994：201-206，213-214.

[6] 曾宪玉.当代中医皮肤科临床家丛书：徐宜厚[M].北京：中国医药科技出版社，2014：148-156.

（收稿日期：2019-02-15　编辑：刘国华）

引用:黄秀萍,代喜平,梁冰.梁冰运用中医分期辨治AA-PNH综合征经验[J].中医药导报,2019,25(24):125-128.

梁冰运用中医分期辨治AA-PNH综合征经验*

黄秀萍,代喜平,梁 冰
(广州中医药大学第二临床医学院,广东 广州 510405)

[摘要] 介绍梁冰应用中医分期治疗再生障碍性贫血-阵发性睡眠性血红蛋白尿(Aplastic anemia-paroxysmal nocturnal hemoglobinuria syndrome,AA-PNH)综合征的临床经验。梁冰认为温热毒邪外感、湿热毒瘀内蕴致使出现髓劳、血虚、黄疸,是AA-PNH综合征发病的根本病机;治疗上根据有无溶血证据,首辨疾病主次,再依据疾病分期,辨标本轻重缓急;治法上以凉血解毒、滋阴补肾治血虚髓枯,以健脾益肾、利湿清热、解毒活血治虚劳黄疸为特色,选方用药颇具特点,临床每获良效。

[关键词] 再生障碍性贫血-阵发性睡眠性血红蛋白尿综合征;虚劳;黄疸;名医经验;梁冰
[中图分类号] R249.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2019)24-0125-03

再生障碍性贫血-阵发性睡眠性血红蛋白尿(Aplastic anemia-paroxysmal nocturnal hemoglobinuria syndrome,AA-PNH)综合征是临床相对少见的一组疾病,包括再生障碍性贫血(AA)转化为阵发性睡眠性血红蛋白尿(PNH),或PNH转化为AA,或疾病兼有AA与PNH两者特征者,后者又分为AA伴PNH特征和PNH伴AA特征两种类型。目前,现代医学主要采用免疫抑制剂、糖皮质激素、雄性激素和支持治疗,以控制溶血发作,促进骨髓造血,稳定病情。但这些治疗措施疗效有限,毒副作用较多,有相当患者对上述治疗耐药或病情严重而无效,仅有极少数受益于C5单克隆抗体,或造血干细胞移植。全国名老中医梁冰治疗血液病50余载,学验俱丰,特别是在AA、PNH等造血功能衰竭性疾病治疗中独树一帜,疗效突出。笔者有幸跟师梁冰老师学习,兹将其应用中医辨治AA-PNH综合征的经验介绍如下。

1 AA-PNH综合征及其中医病因病机

AA-PNH综合征是因AA与PNH同时存在或相互转化而发生的疾病,临床上可将本综合征分为4种情况,即:AA可转变为PNH;或不肯定PNH,转变为明确AA;PNH伴AA特征(骨髓增生欠佳,但幼红细胞较多,巨核细胞减少、网织红细胞下降);AA伴PNH特征(AA患者伴骨髓红细胞增生时,周围血有核红细胞出现)。

AA是一种获得性骨髓造血功能衰竭症,主要表现为骨髓造血功能低下、全血细胞减少和贫血、出血、感染。PNH是一种体细胞上Xp22.1PIGA基因突变导致的获得性造血干细胞克隆性疾病,临床主要表现为不同程度的发作性血管内溶血、骨髓造血功能衰竭及易栓症[1]。事实上PNH患者或迟或早会发展成为真正意义的AA[2];相应的,AA患者约40%可以发现PNH克隆[3]。从某种角度看PNH可能是AA患者机体对该病进展的代偿性反应,即通过PNH克隆制造一定数量的成熟血细胞,即使这种克隆可能会导致其他的问题[4]。PNH异常克隆往往是在正常造血严重受损基础上形成的,因而其消长与体内正常造血状态有关,在某些不利于正常造血而有利于异常克隆扩增的条件下,PNH往往发生、发展,而在另一些条件下,PNH得到恢复,则PNH可以减轻乃至消失[5-7]。从上可见,PNH、AA、AA-PNH三者关系密切,可以互相转化。

据此,梁冰认为AA-PNH综合征实际上是一种以AA或PNH为主要临床表现,同时伴有这两种疾病实验室特征的相对独立的疾病,属于中医"慢性髓劳""虚劳血虚""虚劳黄疸"等范畴,虚劳血虚和髓枯概括贫血血虚,黄疸和瘀血概括溶血。其多因先天禀赋薄弱,素体亏虚,或后天调养不当、烦劳过度,饮食劳倦、接触邪毒,或大病久病渐致脾肾亏虚,先后天之本不足,气血生化乏源,精血不足,乃成虚劳血虚或髓枯之症;或脾肾亏虚,湿热内蕴,肝失疏泄,湿热毒邪搏结,伤及营血,致正虚邪实之症。虚劳血虚与脾肾相关,脾虚则生湿,复因外感湿邪,内外湿毒反困脾土,阻遏化赤生血则血少贫血;肾虚则生瘀,且精血生化匮乏;脾肾亏虚,则内生湿瘀,气血精血虚少,形成正虚与邪实双方基础,脾虚则木旺肝郁,肾虚则肝失疏泄,加之湿蕴血瘀,进而熏蒸肝胆,阻滞肝胆气机,胆

*基金项目:梁冰广东省名老中医药专家传承工作室(粤中医办函[2017]209号)
通讯作者:代喜平,E-mail:dxiping70@126.com

汁外溢肌肤，下泄前后二阴，则发为目、身、尿黄等黄疸之症。

2 AA-PNH综合征的中医治疗

梁冰认为AA-PNH综合征以有无溶血为证据，首分主次；辨轻重缓急。急性期温热邪毒伤及骨髓致血虚，久病及肾致脾肾亏虚，湿毒、黄疸、瘀血内蕴，致疾病迁延难愈。

2.1 无溶血证据的治疗 若无溶血证据，以贫血、出血、感染等AA为主要临床表现者，按中医急性髓劳、虚劳血虚范畴辨治。梁冰历经南北差异，总结出北方从肾、从瘀论治，岭南从脾、从湿辨治，重视活血化瘀，治疗上分初、中、后、末4期[8]。

初期多因温热邪毒直中髓血，伤阴耗血，致肾精亏虚，无以化气生髓充养血脉，概括为“急性髓劳”范畴[9]。因温热毒邪直伤髓血起病，故初期为邪盛正虚证；临床症见反复高热、严重出血、脉象浮大数急兼贫血症状明显，故清热解毒为第一要义，辅以凉血止血减轻出血症状，方用凉血解毒汤，药物组成：羚羊角粉（冲服）、牡丹皮、赤芍、生地黄、茜草、黄芩、贯众、辛夷、生龙骨、生牡蛎、三七粉、甘草；次方重用贯众、金银花、连翘、板蓝根、栀子，以清解毒邪为首务，对伴有齿鼻衄血者，梁冰喜用熟大黄、代赭石、侧柏叶，消化道出血者多用蒲黄炭、白及粉、大黄炭。

中期病情有趋平稳之象，此期为邪恋正虚证；大病久病之后，温热毒邪之势渐减，阴精亏耗，临床症见面色苍白、周身乏力、自汗、盗汗、五心烦热、心悸气短，活动后尤甚等贫血表现为主，偶有发热、出血，亦可有舌苔白腻或黄腻之兼痰湿、兼湿热的虚实夹杂证；治当清热凉血，滋阴补肾。药用生地黄、玄参、知母、地骨皮、牡丹皮、黄柏、龟板、山萸肉、山药等。此期不可妄施温热之剂，以免温热助邪；有湿热、痰湿兼证，可选藿香、泽兰、竹茹、陈皮、白豆蔻、砂仁以芳香化湿。

后期温热之邪已去，输血次数减少，病情好转，齿鼻衄血、皮肤出血点少见，属邪去正气未复阶段，而主要见面色苍白、周身乏力、腰膝酸软、舌淡沉弱或沉细之贫血表现的肾精亏虚证。方用加味参芪仙补汤，药物组成：人参、黄芪、补骨脂、仙鹤草、当归、鸡血藤、淫羊藿、黄精、肉苁蓉、熟地黄、天冬、阿胶、鹿角胶、肉桂、淡附片。方以补肾填精为本，兼顾气血。临床可依据肾阴阳偏虚加减，多数患者偏阳虚，可加用炮附片、山药、山萸肉、熟地黄、枸杞子、菟丝子、牡丹皮等共奏温阳之效。亦有偏阴虚者。偏阴虚者于上方中去肉桂、淡附片、补骨脂、淫羊藿、人参，加西洋参、玄参、生地黄、知母、地骨皮、阿胶。

2.2 有溶血证据的治疗 若有溶血证据的治疗，以黄疸、血红蛋白尿或酱油尿等PNH为主要临床表现，兼有贫血者，则属于“虚劳黄疸”范畴。梁冰认为本类病证属本虚标实之症，本虚缘于脾肾亏虚，标实乃湿毒、瘀血内蕴。其溶血所致贫血为本虚之症，溶血所致黄疸乃标实之象[10]。

溶血发作期以邪实为主，梁老临床强调湿、毒、瘀为其致病因素，初期湿热蕴结脾胃，阻滞肝胆，或从热化，或从寒化，形成湿热或寒湿。湿热之邪常兼疫毒。疫疠之毒是一类具有强烈传染性，发病急骤、病情危笃的外感病邪。湿热疫毒侵入人体，浸于脾胃，熏蒸肝胆，肝失疏泄，胆失通利，则胆汁外溢，随血之营运而淫浸肌肤，下注膀胱，上染巩膜，而出现目黄、尿黄、身黄症状，或原有黄疸骤然加深，或伴臌胀、出血等。湿热邪盛助其毒势，毒盛湿热乖张，两者互助，湿、毒、瘀三者相互胶结而成黄疸，黄疸的病位深入血分。毒邪不去，湿热难解，黄疸难消，故退黄必解毒[11-13]。临床多见尿黄或如酱油色、身目黄染、发热恶寒、腰背酸痛、口渴等湿瘀内蕴之症，治以祛邪为主，兼以扶正。方选茵陈五苓散（由茵陈、白术、茯苓、泽泻、猪苓等组成）随证加减，酌加大黄、金钱草等使湿热从二便分利，伍以健脾利湿之品，如枳壳、白术、金钱草等，使祛邪而不伤正；因湿阻中焦，肝胆失疏，常配伍柴胡、川楝子、延胡索等疏肝清肝之品；梁冰认为急性发作期必要时可配合短期适量激素、补液、碱化尿液、输血以迅速控制溶血、防止并发症，亦符合中医引血归经、清热利湿、活血化瘀之理念[10]。

溶血控制期邪实正虚，因湿邪蕴结，湿瘀日久终可郁而化毒。湿毒重浊黏滞，深伏血分，与血分血胶结，阻滞经络瘀血停留，湿瘀互结之毒引起气滞血瘀、肝肾阴虚、脾肾阳虚等病理转变，终致“阴黄”变证，虚实夹杂，病势更深，病情更为复杂。临床多见尿黄或酱油色，伴见黄疸、周身乏力、活动后心慌气短、自汗、少气懒言、腰膝酸软、多梦遗精、五心烦热等湿热瘀结、脾肾两虚证候。治以祛邪扶正，拟化湿健脾，清热活血，兼以补益脾肾为法，方用凉血解毒汤合茵陈五苓散加减。若属气滞血瘀、湿热内停者，酌加木香、川芎、益母草、当归等行气养血，清热利湿。若属肝肾阴虚、瘀血内停者，酌加菟丝子、女贞子、枸杞子、墨旱莲、桑葚等滋补肝肾，亦可加活血祛瘀散结之品，如全蝎、水蛭、鳖甲等虫类药物。若属脾肾阳虚，瘀血寒湿内停者，酌加补骨脂、肉苁蓉、附子、肉桂等温补脾肾之品以散寒利湿活血。

溶血缓解期以正虚为主，湿邪内伤，疾病迁延不愈，渐至脾肾气血不足，脾虚则气血生化之源匮乏，肾虚则精血不足，则现虚劳血虚之象。临床多见面色无华或萎黄、心悸气短、头晕耳鸣、腰酸腿软、舌淡苔白、脉细数或沉细等脾肾两虚证候。治以扶正为主，兼以祛邪，拟“标本兼治、固本澄源”为法，健脾补肾固本，利湿活血清除余邪[14]。梁冰喜用参芪仙补汤加减，方以人参、党参、黄芪、白术、茯苓、山药益气健脾，熟地黄、阿胶养血补血，淫羊藿、补骨脂、山萸肉补肾填精，甘草调和诸药。梁冰认为一味依靠补肾治法，治疗效果有限，同时瘀血不去，新血不生，故在整个治疗过程中注重健脾药物（如砂仁、茯苓、山药、麸炒白术、黄精等）及活血化瘀药物（如丹参、赤芍、当归、鸡血藤、三七、桃仁、葛根等）的应用，健运脾气以充肾精，滋补后天以充先天，并达到“祛瘀生新”的效果。

3 药养结合，疾病防变

梁冰强调，AA、PNH/AA、PNH三者相互转化，其中PNH异常克隆与三者之间的转化关系密切，因此，AA-PNH综合征的治疗必须时时注意抑制PNH异常克隆，延缓疾病进展。从中西融合角度并结合实验研究结果辨析，梁冰认为益母草、黄芩、莪术、夏枯草等活血解毒药味有抑制PNH细胞克隆增殖效应。中医可选取益母草、黄芩、莪术、黄芪、夏枯草活血解毒抑制PNH细胞克隆。同时，本着中医治未病思想，梁冰强调“未病先防”“既病防变”观点[15]，在防治溶血发作方面，重视诱发因素的防范与消除。考虑多数溶血发作存在诱因，诸如感染、

月经、手术、情绪波动、饮酒、疲劳、药物等，予以消除上述诱因或脱离致病因素后，多可减缓甚至控制溶血发作。其次强调慎起居、调饮食、避风寒、畅情志、防药毒等的重要性；再次中医中药在祛湿利尿、滋阴凉血、补气摄血等方面有着明显特色和优势，中西医药技术的融合，能快速有效控制本病急性溶血发作和防治严重并发症。在临床诊治过程中，反复加强对患者的宣教，提高防范诱因的自觉性，发挥中医防患于未然的优势。

4 验案举隅

患者，女，46岁，2018年4月27日初诊。主诉：反复头晕乏力6个月余，再发加重伴发热2 d。刻诊：面色少华，烦热口干，头晕乏力，纳眠不适；舌淡胖，苔白，脉沉细。7~15 d输血1次，2018年4月19日外院骨穿：提示早幼粒细胞比例增高。骨髓病理诊断：骨髓镜下显示骨髓增生低下，脂肪细胞增多，散在少数淋巴细胞及较成熟的粒红细胞，全片未见巨核细胞。结合临床，符合AA-PNH综合征。中医诊断：急性髓劳（温热型）。治以凉血解毒，滋阴补肾。处方：羚羊角粉0.6 g（2包），牡丹皮20 g，生地黄20 g，紫珠草20 g，连翘15 g，辛夷10 g，贯众10 g，商陆10 g，竹节参10 g，红景天12 g，鹿角粉10 g（2包），益母草20 g，三七10 g，当归10 g，川芎10 g，黄芪30 g。7剂，1剂/d，水煎服，分早晚温服。

2诊：2018年5月25日，患者下肢少许出血点，睡眠欠佳，纳可，二便可；舌红胖，苔微黄，脉弦。血常规示：白细胞（WBC）3.17×10^9/L（用升白针后），中性粒细胞（NEUT）0.85×10^9/L，血红蛋白（HB）60 g/L，血小板（PLT）41×10^9/L。已停服环孢素A。证型由急劳髓枯温热型转为虚寒型。处方：羚羊角粉0.6 g，牡丹皮20 g，生地黄20 g，紫珠草20 g，连翘15 g，地锦草20 g，贯众10 g，商陆10 g，竹节参10 g，红景天12 g，鹿角粉10 g（2包），黄芪30 g，三七10 g，炮附片10 g，锁阳20 g，甘草10 g。7剂，1剂/d，水煎服，分早晚温服。予中成药口服：益血生胶囊（0.25 g/粒），4粒/次，3次/d；地榆升白片（0.1 g/片），3片/次，3次/d；胸腺肽肠溶片（迪赛，15 mg/片），2片/次，3次/d；叶酸片（0.4 mg/片），2片/次，1次/d；维生素B_{12}（25 μg/片），2片/次，1次/d。

3诊：2018年6月8日，患者头晕乏力，易出血，余无不适；舌淡，苔薄白，脉弦细。查血常规：WBC 1.68×10^9/L，NEUT 0.56×10^9/L，HB 75 g/L，PLT 63×10^9/L。处方：羚羊角粉0.6 g（冲服），牡丹皮20 g，生地黄20 g，紫珠草20 g，连翘15 g，地锦草10 g，贯众10 g，商陆10 g，竹节参10 g，红景天12 g，鹿角粉10 g(2包)，黄芪40 g，三七10 g，仙鹤草20 g，鸡血藤10 g，阿胶10 g（烊化）。7剂，1剂/d，水煎服，分早晚温服。

4诊：2018年6月22日，患者少许乏力，皮肤仍有出血点，需血小板依赖输注；舌淡，苔薄白，脉沉细。查血常规：WBC 2.068×10^9/L，NEUT 0.63×10^9/L，HB 82 g/L，PLT 65×10^9/L。处方：羚羊角粉0.6 g（2包），牡丹皮20 g，生地黄20 g，紫珠草20 g，连翘10 g，地锦草10 g，贯众10 g，商陆10 g，竹节参10 g，红景天12 g，大黄5 g，茵陈10 g，车前子20 g（包煎），当归10 g，三七10 g，黄芪30 g。7剂，1剂/d，水煎服，分早晚温服。患者服药后，头晕乏力症状好转，输血次数较前减少，后维持门诊治疗。

按语：此患者完善相关检查后，明确诊断为AA-PNH，临床症见及检查以AA表现为主，治疗以再生障碍性贫血为主，辨证为湿毒髓劳，同时抑制PNH克隆，扶正祛邪同时兼顾。缘患者先天禀赋薄弱，温热邪毒直伤骨髓，气血无以化生，遂致急性髓劳，温热毒邪渐减，精枯髓亏，症见头晕乏力，脉沉细。初期多呈肾阴虚表现。肾不藏精，精不化血，阴血虚少，产生内热即为骨髓造血功能减退、全血细胞减少而出现的代偿性机能亢进征象。此阶段患者多有虚热，易动血而致各种衄血，故治以凉血解毒、滋阴清热之法，凉血解毒汤为主方[凉血解毒汤基本方含羚羊角粉（冲服）、牡丹皮、赤芍、生地黄、茜草、黄芩、贯众、辛夷、生龙骨、生牡蛎、三七粉、甘草]，临证加减。肾阴亏损，虚热内生，经滋阴补肾，阴虚火旺渐除，病情相对稳定，此时阴虚内热症状不明显，渐致出现阳虚证候，或阴虚、阳虚证候交替出现。病程进入中期，治疗宜以滋补肾阴与温补肾阳并施或予阴阳双补法[8]。梁冰认为中期阶段为时不长，患者较快进入后期，其脉、证符合肾阳虚型，或以阳虚为主。2诊时，患者温热之邪渐去，正气渐复，患者以虚寒表现为主，遂于上方将紫珠草易为地锦草，加炮附片、锁阳、甘草壮阳。益血生胶囊益气生血，地榆升白片升白。病程后期，治宜温补肾阳，填精益髓。温补肾阳、填精益髓可促进阳生阴长，化生精血，使贫血改善，出血消失，血象恢复。病程末期，属疾病缓解后的巩固治疗阶段，为促进血象进一步恢复，达到治愈目的，在滋阴济养、填精益髓治疗基础上，宜加辛热大补之品，如人参、附子等。治疗用药分别为凉、平、温、热的用药规律。形成凉温并用，活补并施。3诊时，患者进入急性髓劳恢复期，此期患者肾精亏虚，皮肤偶有出血点，可予加味参芪仙补汤加减，遂加仙鹤草、鸡血藤、阿胶滋阴补血，补肾填精。4诊时，慢性期辅以清热利湿、活血退黄之品，茵陈为祛湿退黄之要药，并酌加大黄、车前子，使湿热从二便分利，并配伍健脾利湿之品。梁冰指出，AA-PNH综合征患者需时时注重抑制PNH克隆，避免PNH发生质的改变，益母草、黄芩、莪术、黄芪可活血解毒，抑制PNH克隆，巩固治疗，患者服药后症状好转。

参考文献

[1] MEPPIEL E, CRASSARD I, PEFFAULT DE LATOUR R, et al. Cerebral venous thrombosis in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria: a series of 15 cases and review of the literature[J].Medicine (Baltimore)，2015，94(1)：e362.

[2] RISITANO A M. Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria[J]. Immunobiology，2012，217(11)：1080-1087.

[3] DEZERN A E, SYMONS H J, RESAR L S, et al. Detection of paroxysmal nocturnal hemoglobinuria clones to exclude inherited bone marrow failure syndromes[J].Eur J Haematol，2014，92(6)：467-470.

[4] DEZERN A E, SYMONS H J, RESAR L S, et al. Detection of paroxysmal nocturnal hemoglobinuria clones to exclude inherited bone marrow failure syndromes[J].Eur J Haematol，2014，92(6)：467-470.

[5] 张之南.血液病诊断及疗效标准[M].2版.北京：科学出版社，1998：88-96.

引用:江涛,江林,史俊德,江永革,刘度量.江林辨治结核病经验[J].中医药导报,2019,25(24):128-130.

江林辨治结核病经验

江　涛,江　林,史俊德,江永革,刘度量
(浏阳市骨伤科医院,湖南　浏阳　410327)

[摘要]　通过对结核病的病因病机分析、辨证论治阐释、典型案例剖析,总结江林治疗结核的经验及思想。江林根据"气血分布失衡为本,痨虫入疰为标"的理论,"以'衡'为主,以'通'为辅"的治疗原则,在用药方面注重用药平衡,药力动静结合,药味气血共助,药用攻补兼施,临床疗效满意。

[关键词]　结核;气血分布;平衡;名医经验;江林

[中图分类号]　R249.2　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0128-03

世界卫生组织调查显示,全球结核杆菌感染人数占总人口的1/3,每年新发结核病900万例,因结核病死亡约150万例,表明结核病是一个全球性的重大公共卫生问题[1]。目前,因未完成足够疗程、剂量不足等综合因素导致的耐多药、广泛耐药结核发病率呈明显上升趋势[2],应积极加以防治[3]。中医在预防和治疗结核病中积累了丰富的经验,中药在抗炎、抑菌、调节细胞免疫等方面有巨大优势[4-5]。

江林主任医师是湖南省非物质文化遗产"江氏正骨术"代表性传承人,湖南省基层名中医,从事骨伤科临床50余年,积累了丰富的临床经验。江林治疗结核主张以中医为主,中西医结合的原则,强调用现代医学检查诊断的方法,分清全身和局部的病理变化,辨证施治。其医理明澈,立论精辟,方药恰当,别具一格。

1　病因病机

江林认为本病以"气血分布失衡为本,痨虫入疰为标"。

1.1　*气血分布失衡*　结核致病因素虽然主要在于痨虫传染,但是气血分布失衡内在因素却是人体发病的关键。《素问·调经论篇》曰:"人之所有者,血与气耳。"气血是构成人体、维持生命活动的最基本要素。《素问·五藏生成篇》云:"十二经脉者,内属于藏腑,外属于肢节,气血循经络约分布而营运全身。"人身就是一个小宇宙,内含大乾坤、小乾坤,由于经络将气血输布全身各处,从而使人体的脏腑体表、五官九窍、皮肉筋骨等都能紧密配合、协调运作,构成人体阴阳协调的有机统一整体。《素问·调经论篇》指出:"血气不和,百病乃变化而生。"《素问·四时刺逆从论篇》谓:"邪气者,常随四时之气血而入客也。"依据"正气存内,邪不可干""邪之所凑,其气必虚"之义,气血分布失衡则抗病力弱,体虚不复,痨虫乘虚而入,循经入骨髓,气血凝滞,渐渐出现以阴虚为主的气血阴阳亏虚,以火为主的火、痰、瘀等诸多标实之证。

1.2　*痨虫入疰*　《普济本事方》明确指出痨病的病因为"肺虫"。《三因极一病证方论·痨瘵诸证》指出:"诸证虽曰不同,其根多有虫。"明确提出痨虫(结核杆菌)传染是形成肺痨的唯一因素,而直接接触患者是导致痨虫传染的条件[6]。随着医学水平的提高,已经得到了充分的认识和补充。痨虫就是结核杆菌感染,结核病是一种慢性传染病,由结核杆菌感染,以飞沫传播为主要传播途径;结核病是一种全身性疾病,除毛

[6] HVILLMEN P, LEWIS S M, BESSLER M, et al. Natural history of paroxysmal nocturnal hemoglobinuria[J].N Engl Med,1995,333(19):1253-1258.
[7] 张云环,徐裕海,王永才,等.各种贫血血细胞CD55、CD59免疫表型观察研究[J].中国医疗前沿,2008,3(16):36-37.
[8] 李琤,李达.梁冰教授因地制宜辨治慢性再生障碍性贫血经验[J].中华中医药杂志,2014,29(10):3122-3124.
[9] 刘清池.急性再生障碍性贫血的中医论治[J].中国中医基础医学杂志,2003,9(12):53-54。
[10] 蒋群,李琤,李达.梁冰辨治溶血性贫血经验[J].中华中医药杂志,2017,32(4):1577-1579.
[11] 姜秀艳.黄疸的病因病机及辨证施护[J].实用中医内科学杂志,2004,18(5):473.
[12] 吕文良.中医黄疸病因病机研究[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(10):69-70.
[13] 彭飞.闫肃.黄疸病因病机及其证治浅析[J].实用中医内科学杂志,2003,17(4):277.
[14] 吴建伟,梁冰.梁冰教授治疗阵发性睡眠性血红蛋白尿(PNH)经验介绍[C]//中华中医药学会.中华中医药学会第二届岐黄论坛——血液病中医药防治分论坛论文集,2014.
[15] 梁冰,葛志红.血液科专病中医临床诊治[M].2版.北京:人民卫生出版社,2005:168-173.

(收稿日期:2019-01-07　编辑:刘国华)

发、牙齿外，几乎全身任何组织器官均可发生，其中肺结核最多见[7]。

2 辨证论治

江林认为痨虫入疰，易耗伤人体气血，气血分布失衡则易感染痨虫，痨虫入疰和气血分布失衡两者辩证统一，缺一不可。气血分布失衡与痨虫入疰均可致气血凝滞，渐渐出现以阴虚为主的气血阴阳亏虚，以火为主的火、痰、瘀等诸多标实之证。治疗则以“衡”为主，以“通”为辅，《医学正传·劳极》即提出“一则杀其虫，以绝其根本，一则补其虚，以复其真元”的两大治疗原则，迄今仍然对痨病的治疗具有重要的指导意义[8]。以“衡”为主补虚复气血之亏，以“通”为辅祛邪通气血之道，中西医结合，运用补虚、祛瘀、杀虫，交替循环服用，效果显著。

依据张景岳《新方八略引》“善补阳(气)者，必于阴(血)中求阳(气)，则阳(气)行阴(血)之助，而生化无穷；善补阴(血)者，必于阳(气)中求阴(血)，则阴(血)得阳(气)之助，而用之不竭”之说，江林用药十分注重用药平衡，药力动静结合，药味气血共助，药用攻补兼施。

2.1 补虚 依据朱丹溪的“阳常有余，阴常不足”之论，滋补阴虚为重中之重。随病情的发展，痨虫最易损伤肺肾之阴，而出现低热、消瘦、两颊发赤、手足心热、口燥咽干、午后潮热、盗汗、尿短赤、舌质红、少苔或无苔、脉细数无力的征象。故以女贞子补肝肾阴虚，石斛补胃肾阴虚，麦冬补肺胃心阴虚，鳖甲滋阴潜阳；前3种滋阴药为阴中之阴，主静，鳖甲为阴中之阳，主动；鳖甲不但可以指引前3种滋阴药力到达病所，而且可以引热邪外出。因滋阴药大多数具有滋腻性，若脾胃虚弱，可佐以陈皮、砂仁醒脾理气，使补而不滞。

《证治准绳·伤燥》说：“阴中伏火，日渐煎熬，血液衰耗，使燥热转为诸病，在外则皮肤皴揭，在上则咽鼻生干，在中则水液衰少而烦渴，在下则肠胃枯涸，津不润而便难，在手足则萎弱无力”，阴虚日久易伤津血，则以红参大补元气，山药补脾养胃，生津益肺，补肾涩精，西洋参补气养阴，清热生津。三者均为补气药，首先可以推动和激发病变脏腑的功能，能够接受滋阴药物的补助；其次，气属阳，津液属阴，气能生津，滋阴药物得助补气药物，则津液生成源源不断。

《读医随笔》所谓“阴虚血必滞”，即津液为血液组成部分，津血同源同行，津液和调，营血充盈，则脉道流利，血行畅达；若阴津不足，营血亏损，血枯不荣，则脉道涸涩，血行不利，日久成瘀。唐容川认为瘀血不祛，新血不生，阻滞气机，日久易成“骨蒸”“干血”“劳瘵”，消瘀要给邪以出路，使坏血从二便而去。丹参功善活血祛瘀，性微寒而缓，能祛瘀生新而不伤正，《本草纲目》谓其“能破宿血，补新血”；牛膝能活血祛瘀，引火下行，可使坏血从小便出，二药均有活血调经的作用。因虚致瘀，则配补益药，薛己认为脾胃乃气血生化之源，肾是气血阴阳之本，故配伍黄芪补气健脾，益气生血；配伍鹿茸、锁阳补肾助阳、益精血；以覆盆子、山茱萸补肾固精，使生成的精血储存于脏腑内而不泄；瘀血祛，经络通，气血生，气血分布平衡。

依据《伤寒论》：“血弱气尽，腠理开，邪气因入”，则热邪易乘阴虚而入营血，以玄参清热凉血，滋阴润燥，消瘰疬痰核，以牛蒡子疏散风热外邪，且《本草纲目》称其“通十二经脉，洗五脏恶气”，则牛蒡子与玄参相配，可通表里气机，祛表里之热邪。

2.2 祛瘀 因气血失和，痨虫乘虚而入引起痰浊凝聚，痰瘀化热可为脓，溃破成漏而成疮疡。气不行，则津变成痰，血不流成为瘀，痰瘀互为因果而致病，以痰瘀互结为病机，依据朱丹溪“痰挟瘀血，遂成窠囊”之论，针对结核引起的脓肿、疮疡、纤维病变治疗重在祛瘀化痰。根据董小波“痰瘀并存，痰瘀同治”的理论[9]，意在治痰要活血，血活则痰化，治法当以祛瘀活血、补气活血为主。在结核病恢复期，加用具有一定活血化瘀作用的中成药，可改善微循环，抑肺纤维增生，利于药物渗透，促进病灶吸收和空洞闭合[10]。生血：白术、山药、陈皮健脾以生后天之血，锁阳、覆盆子、补骨脂、女贞子以生先天之精血，为血的生成提供场所，药力主静，药用主补；补血：当归补血调经，白芍养血敛阴，熟地黄补血养阴，为血的生成提供原料，药味主血；活血：丹参、赤芍活血祛瘀，药力主动；行血：黄芪、党参推动血液的运行，药味主气；桂枝、肉桂拓宽血运行的道路，药力主动；破血：金荞麦、土鳖虫、穿山甲清除瘀积的坏血，药用主攻。诸血药配合使用使瘀血祛，新血生。

2.3 杀虫 患者行化疗药物的治疗，在强化期内化疗药与中药隔天交替循环服用，在巩固期内服2 d中药再服1 d化疗药。患者临床症状消失后，若B超检查、X线检查的结果显示病灶明显减小，痰涂片、痰液细菌培养检查的结果为阴性，即可停止药物治疗。

3 典型病案

患者，男，66岁，2011年9月29日就诊。患者诉1年前无明显诱因出现右膝肿胀疼痛，活动受限，不能站立，需扶拐行走，被家人送至长沙某医院求治，行相关检查后，诊断为右膝关节结核，经多方治疗后，膝、足等症状无明显缓解，转至我院就诊。刻诊：右膝不能独立负重，需扶拐行走。精神可，纳可，二便调，无头痛、头晕、恶心、呕吐，无畏寒、发热，无胸腹疼痛等症。膝关节畸形明显，肿胀，伸直受限，足背动脉搏动存在，足趾活动可，肢端血运及感觉可。舌质淡、苔薄白，脉沉。外院X线及CT示：右膝关节面可见明显骨质破坏，膝关节可见空洞征。西医诊断：右膝关节结核；中医诊断：鹤膝风(营血不足，寒凝湿滞)。治以温阳补血，散寒通滞为主，方用阳和汤加减。处方：熟地黄15 g，白芥子10 g，麻黄3 g，炙甘草3 g，鹿角胶10 g，远志5 g，川贝母10 g，丹参15 g，合欢皮10 g，陈皮10 g，当归头10 g。20剂，1剂/d，水煎，分2次服。

2诊：2011年10月30日，足、膝等疼痛减轻，舌质淡、苔薄黄，脉沉细。继续益肾温经，疏风化痰为治。处方：黄精10 g，鹿角胶20 g，肉苁蓉10 g，巴戟天10 g，西洋参10 g，佛手10 g，当归头10 g，丹参20 g，郁金10 g，远志5 g，木瓜10 g，牛蒡子10 g，连翘10 g。20剂，1剂/d，水煎，分2次服。

3诊：2011年11月30日，各症状缓解，膝关节功能障碍改善，复查X线、CT等检查可见膝关节骨质破坏缓解，守上方加减继续治疗。半年后，患者膝关节功能基本恢复，能独立行走，进行日常工作。

按语：本例患者年事已高，气血亏虚，致肾阳虚衰，复感

外邪，致痨虫入疰，风寒之邪侵袭肌表，则内外交困，故举步维艰。舌质淡、苔薄白，脉沉，证属营血不足，寒凝湿滞，治以温阳补血，散寒通滞为主，方用阳和汤加减。用熟地黄滋补阴血，使气血生化有源，此为“阴中求阳”；但“恐草木无情，力难充足”，故用鹿角胶生精补血，养血助阳，与熟地黄合用以治其本虚。配伍少量麻黄开通腠理，利邪外出，使“腠理一开，寒凝一解，气血乃行，毒亦随之消”；白芥子辛温气窜，去皮里膜外之痰，引诸药达肌肤病所；丹参祛除全身经络瘀血，当归活血生血；四药共同疏通全身经络，引邪气出正气入。配伍川贝母清热润肺化痰，陈皮燥湿化痰，川贝母主静，陈皮主动，动静结合使痰祛无忧。《灵枢·官能》亦云：“用针之要，勿忘其神。”江林遵循“治病先治神”[11]临床思路，不仅调治紊乱的气血，更应调治紊乱的情志，佐以远志、合欢皮解郁安神，活血消肿；生甘草解毒，并调和诸药。2诊时，患者足、膝等疼痛减轻，舌质淡、苔薄黄，脉沉细，继续益肾温经，疏风化痰为治。肾亏骼空是病之本，膝为肾之路，肾是气血阴阳之本，故以黄精补肾阴，鹿角胶、肉苁蓉、巴戟天补肾阳强筋骨，阳行阴之助，则生化无穷；西洋参补气养阴，清热生津，佛手疏肝解郁，理气和中，燥湿化痰，当归头破恶血，养新血，丹参祛瘀通经，郁金活血止痛，行气解郁，五药共用，攻补兼施，动静结合，通调气血；远志与郁金、佛手共同疏肝解郁，安神益智；木瓜舒筋活络，和胃化湿，与佛手共同健脾和胃，化有形之痰水，远志利心窍，逐痰涎，祛无形之痰，三药共用使痰祛无忧；牛蒡子、连翘共用能外散风热，内解热毒，使痨虫之毒引出体外。该方以温肾滋阴、益气养血、理气化痰、化瘀通络诸法为一体。本案患者辨证以肾气、脾气、卫气虚为本，痰凝、血瘀、情郁实邪为标，治疗应调肾之阴阳，健脾胃之气，补阴血之亏，通经脉之瘀血，化痰水之痹，理郁结之气机，遵循通补并施之法，药味动静结合之方，最终达到气血分布平衡之理。

4 小 结

清末至民国时期医家张山雷云：“人身只此几何之气血，有余于上则不足于下，有余于外，则不足于中。”江林认为人身之气血是有限的，疾病的发生发展由气血分布失衡所引起。江林提出“正气变化，足可为邪”，气血以耗散与郁结的运动形式，最终产生本虚标实的病理现象。骨结核的发病以肾气不足为主，肺结核以肺阴虚为主，后期以脾气虚为主；气血不和，风寒湿痰乘虚而入或内生，形成痰浊凝聚之实。有虚者必有实，实不祛补不进，活血化瘀贯穿治疗疾病整个过程，脏腑经络疏通，补才能受，邪才能出，所以针对结核病早期以疏肝、解表、化痰、祛瘀、杀虫为主，结核病后期患者气血阴阳亏虚则以益脾肾为主，在辨证时要抓住症状中主要的一面，在治疗用药上要标本兼顾，随证化裁，师其法而不泥其方。

参考文献

[1] World Health Organization. Global tuberculosis report 2014[M].Geneva：World Health Organization，2014：17.

[2] 王彦明，栾思睿，周辛波，等.抗结核病药物的现状与研究进展[J].临床药物治疗杂志，2018，16(4)：9-13，22.

[3] 赵红敏.结核病防治与健康教育[J].世界最新医学信息文摘，2018，18(51)：197-199.

[4] 李志强，刘凤新，何玉霞.中西医结合治疗耐多药肺结核的疗效及对患者免疫功能的影响[J].世界中医药，2018，13(7)：1605-1608.

[5] 张志娟，周玉文.中西医结合治疗耐药性肺结核病的临床观察[J].临床肺科杂志，2011，16(10)：1546-1547.

[6] 周庆庆，林梓凌，甄杰武.骨关节结核中医病因病机探讨[J].国医论坛，2007，22(6)：15-16.

[7] 罗永艾，赵云峰.结核病预防、化疗及免疫治疗[M].重庆：重庆出版社，2008：3.

[8] 梁秋，宫汝华.论中医药治疗肺结核[J].辽宁中医药大学学报，2015，17(5)：24-25.

[9] 董小波，方向明，李燕红.浅述朱丹溪对痰证的论治经验[J].河南中医，2011，31(1)：23-25.

[10] 邓郡，曾建国，欧艳.中成药治疗结核病概况[J].湖南中医杂志，2011，27(3)：146-147.

[11] 夏淑文，刘慧林，周德安.周德安“治病先治神”学术思想在针灸临床中的应用[J].北京中医药，2010，29(11)：832-833.

（收稿日期：2019-03-14 编辑：蒋凯彪）

慈利“化脓灸”究竟是怎么治疗哮喘的？

【受访专家】 卓玉翠，中医内科主任医师，慈利县中医医院哮喘科主任，湖南省重点中医专科“哮喘科”的学科带头人，湖南省非物质文化遗产“化脓灸”治哮喘技术市级传承人，主攻呼吸内科疾病。

化脓灸是中医灸法的一种，慈利县中医医院对它进行改良后，在治疗哮喘、支气管炎等方面颇有奇效。

它究竟是怎样操作的？在进行治疗时有什么禁忌？治疗哮喘需要的周期有多长？

扫描二维码，点击视频，听慈利县中医医院“化脓灸”治哮喘技术市级传承人卓玉翠介绍化脓灸的操作方法。

引用:刘栋,叶进.叶进从脏腑辨治儿童性早熟经验[J].中医药导报,2019,25(24):131-132,138.

叶进从脏腑辨治儿童性早熟经验

刘　栋,叶　进
(南京中医药大学附属医院,江苏　南京　210029)

[摘要]　总结叶进从脏腑辨治儿童性早熟的经验。叶进辨治儿童性早熟以脏腑辨证为主线,结合患儿体质,着眼于肾、肝、脾之病位,临证分虚实,重视"痰、火"在病程中扮演的角色,提出本病多具有复合病机特点,并从滋阴降火、调肝、理脾等方面论治,临床疗效显著。并附验案1则佐证。

[关键词]　性早熟;脏腑辨证;病案;学术经验;叶进
[中图分类号]　R249.2　[文献标识码]　B　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0131-02

性早熟是指女孩在8岁之前、男孩在9岁之前出现性发育征象的小儿常见内分泌疾病。根据发病机制和临床表现分为中枢性性早熟和外周性性早熟,以中枢性性早熟最常见[1]。大量临床资料表明,性早熟是中医药治疗具有特色优势的病种之一,中医从整体观念对本病进行辨证论治,辨病与辨证相结合,既注重整体,又不忽视局部,标本兼治,从多维度调整机体内分泌状态,临床疗效显著。叶进为南京中医药大学博士研究生导师、江苏省中医院名中医、生长发育专科创始人,在诊治儿童性早熟方面颇有心得,认为本病从脏腑辨证角度进行辨治符合临床实际[2-4]。现介绍其经验如下。

1　病因病机

叶进认为本病的病因无外乎先天禀赋异常与后天调摄失衡两方面,而在后天调摄失宜中尤重营养因素,认为儿童长期食用豆浆、蜂蜜、家禽类、反季节水果蔬菜、油炸食品等,易摄入过量雌激素或类雌激素样物质,导致神经-内分泌功能紊乱,从而诱发性早熟。此外,儿童肥胖是当今社会不容忽视的公共健康问题,关于肥胖与性早熟的关系也是当前研究热点,儿童或饮食不知自节,或嗜食肥甘厚味,而致脾胃运化功能失职,膏脂壅积于体内,体质量明显升高,临床发现痰火互结证的性早熟儿童较多见。

目前中医对于本病病机的认识主要有以下几个方面:以肾阴亏虚为主,相火偏亢;以肝的疏泄功能失常为主,肝郁化火;以脾的运化失常为主,脾虚湿聚。其中,肝肾阴虚或阴虚火旺被认为是本病的基本病机。叶进在临证中发现若仅从单一病机论治,往往效果欠佳,更倾向于从复合病机或多病机角度辨治,以脏腑辨证为主线,阐明"虚、痰、火"在病程中的影响,分清标、本、虚、实,权衡轻重缓急。本病的基本病机是阴虚火旺,以肾阴虚为主,又"肝肾同源",因此肾阴虚常常累及肝,而出现肝阴虚,久致阴虚火旺,而出现火性炎上之症状。在疾病的发展过程中,由于五脏具有相关性,而往往表现出复杂的病机状态,叶进从长期的临床实践中发现,如果单用滋阴降火法或疏肝解郁法治疗本病,往往效果欠佳,达不到预期的临床疗效[5],而从复合病机的角度辨治本病则更切合实际。本病往往虚实夹杂,虚多以肾阴虚、脾气虚为主,实多以痰、火、湿等病理产物为主,从脏腑辨证的角度把握肝肾阴虚的基本特点,叶进着重提出脾胃在本病中扮演的重要角色,从致病因素的角度提出"痰、火"这两种病理产物在本病发病过程中产生的重大影响。"百病皆由痰作祟",痰往往指无形之痰,流动于全身,或表现为形体肥胖,或舌质淡胖,或大便稀溏等。性早熟患儿中证属痰湿壅滞证亦较常见,此类患儿平素嗜食肥甘,不知自节,除了有第二性征提前表现外,常表现为躯脂盈满,喜卧懒动,胸闷叹息,舌苔腻,脉濡等。朱丹溪在《格致余论》指出"气有余便是火",阳气偏盛损耗阴液,而致虚火偏旺,如肝肾阴液亏虚可致心火偏旺,另外脏腑的功能失调可致阳气郁结化火,如肝火、胆火、胃火等,总之,火分虚实,在性早熟病程中,可见阴虚"火"旺,症如形体偏瘦、面红盗汗、五心烦热、舌红少苔等,亦可见肝郁化"火",症如乳房胀痛、胸胁胀闷、性燥易怒、舌红苔黄等,亦可虚实并见。

2　临床辨证分型

小儿的生理特点之一是脏腑娇嫩,形气未充,"小儿稚阳未充,稚阴未长者也",叶进强调要在充分理解小儿生理特点的基础上认识性早熟的发病机理,注重从"稚阴稚阳"之体的角度辨识儿童性早熟。"稚阴稚阳"说明了无论在属阴的形、质方面,还是在属阳的生理功能方面,小儿都是稚弱、未曾成熟和完善的,正因为其体属"稚阴稚阳",才有不断的生长发育,并随着年龄的不断增长而逐步趋向成熟完善[6]。生长发育是一个连续、渐变的过程,受各种因子的精细调控,因此叶进主张根据小儿的体质特点、生理特点,以脏腑辨证为着眼点进行辨证论治。

在具体辨证分型上,从脏腑辨证角度分为肾阴亏虚,相火妄动型;肝郁不舒,阴虚火旺型;脾失健运,痰湿壅滞型。若

现证型交错，或处于病程的不同阶段而证型发生变化时，需辨证加减，抓住脏腑辨证之根本，权衡轻重，分清虚实。

3 立法选方用药

3.1 滋阴降火法 滋阴降火为本病治疗的基本法则，叶进在治疗本病时，对于体质虚弱，筋骨不强的性早熟儿童往往偏重于滋肾，常以大补阴丸为基础加减，常用生地黄、龟甲等滋肾养阴。而对于肝火旺，脾气急躁的患儿则偏重于泄肝火，常以知柏地黄丸为基础加减，常用知母、黄柏、牡丹皮、泽泻等清泻肝火。肾寓元阴元阳，肾阴亏易引起其他脏腑阴亏，如肝阴虚、胃阴虚等，因此叶进强调在辨证过程中应把握肾阴亏虚之根本，兼顾其他脏腑阴亏状态，根据中药药性特点选择针对性更强的药物治疗，例如：肾阴虚常用天冬、桑葚子，脾胃阴亏常用麦冬、沙参、石斛、玉竹，心阴虚常用百合等。

3.2 调肝法 叶进在临证时注意调肝法的应用，调肝法具体包括疏理肝气、滋养肝阴、清泄肝热、柔肝止痛等。肝喜调达而恶抑郁，临床观察许多性早熟的儿童由于学习压力大、家庭环境等影响常有肝郁不舒的表现，比如脾气急躁易怒等，针对此类患儿，叶进常以疏肝解郁为第一要法，常选用醋柴胡、川芎、白芍、郁金等疏肝理气，正所谓“气机通则一通百通”。在本病早期，如有乳房肿胀、疼痛感，往往在疏肝的同时，加入清热散结、消肿止痛之品，如夏枯草、海藻等。随着病情发展，有化热、化火倾向，则加入清肝泄热之品，如栀子、龙胆草、郁金等，此类药物性多寒凉，易损伤人体阳气，往往小剂量应用或者间断使用。又肝“体阴而用阳”，在疏理肝气时，应注意养肝阴、柔肝急，做到阴阳兼顾、刚柔并施。

3.3 理脾法 性早熟儿童往往饮食不知自节，或嗜食肥甘，或厌食、不思饮食，因此常伴有胃强脾弱或脾虚等特点，治疗上具体包括：

（1）运脾法。著名儿科医家江育仁提出“脾健不在补贵在运”[7]，并将其运用到厌食、泄泻、疳证等脾系疾病的治疗中，取得良好效果。叶进在运用运脾法时常常根据患儿的舌象，辨别寒热虚实，从气、血、阴、阳失衡之偏而纠正之，对于平素神疲乏力、沉默型患儿，舌苔薄白者，常以四君子汤为基础，常选用党参、黄芪、白术、茯苓等益气健脾。对于先天禀赋不足，脾阳不足，运化乏力而兼有饮食不易消化者，常以健脾丸加减健脾助运。脾不离“运”字，可化湿运脾，可和胃运脾。对于形体偏胖，纳食或多，或消化异常者，常在苍术二陈汤的基础上加用鸡内金、神曲等健脾和胃之品。对于神疲乏力，或感喉间痰鸣，或便溏，或偏瘦的患儿，常以白术健脾燥湿，补益脾气。而对于嗜食肥甘厚味而脾不健运的患儿则常以苍术助运健脾。

（2）补脾法。小儿“脾常不足”，合理运用补脾法治疗性早熟兼有脾气不足的患儿常常获益匪浅。“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味”，“损其脾者，调其饮食，适其寒温”，对于形体偏瘦，而出现早熟征象的患儿往往在辨证的基础上加入补脾之品，脾健胃强则机体调节能力自强。研究表明青春发育需要一定的“临界体质量”，性早熟患儿常常是喂养过度、形体偏胖的患儿，然而临床也不乏形体偏瘦之性早熟者，此类患儿当适当应用补脾和胃之品，调整青春发育进程。

（3）醒脾法。脾胃在经络上互为表里，叶进在临证中发现，许多性早熟患儿如果出现胃火炽盛，症见口气臭秽、大便干燥者，在清泻胃火的同时，可适当配伍醒脾和胃之品，如木香、藿香、佩兰等。

叶进在实际运用中注重辨证论治，总以脏腑辨证为着眼点，治疗过程中因证型变化或根据所处阶段的不同选择具体方法。滋阴降火法常为基础，在此基础上加用调肝法或理脾法，或以调肝理脾为主。针对病程中“痰、火”这两种病理产物，叶进提出化痰泻火法[8]，临证常选用一些化痰散结、清热泻火药，以温胆汤为临床常用方，此类药物常与滋阴泻火药合用，疗效显著。在具体用药时，又善用药对，讲究配伍，例如柴胡配白芍，疏肝的同时不忘柔肝；知母配黄柏，滋肾阴的同时兼清下焦虚热；陈皮配半夏，化痰的同时亦发挥降气和胃的功效等。且药量极轻，在应用龙胆草时，往往从2 g开始，陈皮、法半夏常用剂量为6 g。本病属于儿童慢性病，需长期用药，因此选药更宜轻清，掌握分寸，灵活变通。

4 验 案

患者，女，7岁2个月，初诊：2017年10月24日，主诉：双侧乳房隆起1个月余。刻下：患儿双侧乳房隆起，右侧触痛明显，未见异常分泌物。平素喜食油炸食品，纳寐可，大便偏干，三四日一行，性躁易怒。查体：身材匀称，身高130.2 cm，体重30 kg，年生长速率约8 cm。双侧乳房B2-B3期，外阴无明显发育，无阴毛、腋毛生长；舌质红，苔薄，脉弦数。辅助检查：骨龄约8岁9月；盆腔B超示：子宫1.9 cm×1.6 cm×1.1 cm，卵巢：左侧为3.0 cm×0.8 cm×0.7 cm，右侧为2.9 cm×0.9 cm×0.8 cm，>0.4cm。卵泡左侧2个，右侧2~3个；GnRHa激发试验：LH峰值为12.5 mIU/mL，FSH峰值为8.7 mIU/mL。西医诊断：中枢性性早熟；中医诊断：乳癖；辨证：阴虚火旺证，兼夹痰湿；治则：滋阴降火，化痰散结。处方：生地黄10 g，知母10 g，黄柏6 g，牡丹皮10 g，玄参10 g，夏枯草10 g，白芍10 g，赤芍10 g，生麦芽10 g，郁金10 g，海藻8 g，醋柴胡6 g。14剂，1剂/d，水煎早晚分服，并嘱患儿合理饮食，坚持运动。

2诊：2017年11月8日。服药后乳房稍有回缩，右侧乳房触痛减轻，可见少量阴道分泌物，患儿诉外阴部偶有痒感，纳寐可，大便仍偏干，余无异常。继予前方加青皮6 g，14剂水煎早晚分服，并予皮炎洗剂清洗外阴部。

3诊：2017年11月22日。服药后乳房明显回缩变软，触痛明显减轻，阴道分泌物减少，纳寐可，二便调，考虑疗效尚可，继予前方，减量口服，14剂，2 d服1剂。

4诊：2017年12月19日。乳房回缩变软，乳核消退，无触痛，纳寐可，二便调，余无特殊不适。复查盆腔B超示子宫、卵巢较前缩小，未见发育卵泡，继予前方加减调治，治疗近3个月停药，随访半年未复发。

按语：本例患儿明确诊断为中枢性性早熟，辨证为阴虚火旺证，兼夹痰湿，治以滋阴降火，化痰散结。方中生地黄性甘、苦、寒，擅养肝肾之阴，清相火之热；知母、黄柏合用，入肾经清虚热，知母兼甘寒质润，能养阴润燥生津，黄柏苦寒更甚，擅清下焦湿热；牡丹皮苦而微寒，归肝肾经，擅入血分清热凉血；玄参苦、甘、咸、寒，归肺、胃、肾经，（下转第138页）

引用:管浩,郭太品.基于中医传统文化推导式讲解风池穴主治功效[J].中医药导报,2019,25(24):133-134,141.

教　育

基于中医传统文化推导式讲解风池穴主治功效*

管　浩,郭太品

(云南中医药大学针灸推拿康复学院,云南　昆明　650500)

[摘要]　以风池穴为例探讨基于中医传统文化推导式讲解穴位主治功效,从象思维对中医"风"认识推导、象思维"投射"推导、象思维鉴别延伸推导、文化延伸推导4个角度出发,综合应用中医基础知识、中医文化和中国文化知识元素,以象思维为核心进行推导演绎教学,使学生深层次领悟穴位主治功效。

[关键词]　风池;中医传统文化;象思维;穴位主治;教学

[中图分类号]　R2-4　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0133-02

Initial Exploration of Fengchi (GB20) Based on the Derivation of Traditional Chinese Medicine Culture

GUAN Hao, GUO Tai-pin

(College of Acupuncture-Tuina-Rehabilitation, Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming Yunnan 650500, China)

[Abstract]　Taking the example of Fengchi (GB20) to explore the teaching methods of acupoint indications based on the derivation of traditional Chinese medicine (TCM) culture. Deductive teaching from the four angles of understanding of "wind" in TCM, visual thought of projection, visual thought of identify extension, cultural extensions, as well as integrated application of basic knowledge of Chinese medicine, TCM culture and Chinese cultural knowledge elements, is the core method, which could enable students to deeply understand the therapeutic effect of acupoints.

[Keywords]　Fengchi (GB20); TCM culture; visual thought; acupoint indications; teaching

针灸教学在中医教育体系中具有重要的作用,穴位功效掌握的程度直接决定针灸临床水平。在现有教材中对穴位功效主要直接阐述病名,而往往一个穴位对应多个疾病,且疾病之间按照现有西医疾病系统分类跨度很大。对于中医类学生来说第一层次学习目的是如何记住穴位功效应付期末考试、考研、考博、执业医师考试、规范化培训考试、主治考试等,第二层次目的则是如对中药药性一样理解穴位穴性并进行灵活应用。笔者在教学中结合临床感悟,基于中医传统文化推导式讲解穴位功效,取得良好的教学效果,在此基于教材《经络腧穴学》[1]以风池穴讲解为例。

1　转化呈现

教材呈现及转化呈现的风池穴主治功效对照见表1。

表 1　教材呈现及转化呈现的风池穴主治功效对照

教材呈现主治功效[1]	转化呈现主治功效
(1)头痛,眩晕,失眠,癫痫,中风	(1)头痛,眩晕,失眠,癫痫,中风(内风)
(2)目赤肿痛,视物不明,鼻塞,鼻衄,鼻渊,耳鸣,咽喉肿痛	(2)目赤肿痛,视物不明,鼻塞,鼻衄,鼻渊,耳鸣,咽喉肿痛(投射)
(3)感冒,热病,颈项强痛	(3)感冒,热病(外风)
	(4)颈项强痛(局部)

*基金项目:云南中医学院2018年校级教改课题(YB180319),项目名称:基于"象思维"对《针灸学》教材内容重点难点转化研究;云南省教育厅2018年教改课题(JG2018108),项目名称:基于循证教育理念对中医《针灸学》教材抽象知识点的象思维转化研究

通讯作者:郭太品,E-mail:gtphncs@126.com

2 分步推导

2.1 象思维概述　象思维是中国传统文化的主导思维，也是中医学的重要思维方式，是以事物的外在表现为依据，充分借助观察者已有的知识和经验，通过广泛联系，旁征博引，体悟事物的内在本质或变化规律的思维方法[2-3]。古人认为宇宙自然的一切事物是相通相应、相类互动的，通过天地万物所呈现的各种外在的“象”，可借助太极图、阴阳五行、八卦、河图洛书等符号、图式，比照、推论事物，用以解释、分析宇宙万物的存在形式、结构状态、运动变化规律，形成了具有中华文化特色的象思维[4]。中国古人常以象思维的思维方式认识宇宙万物一般规律，在事物认知过程中起着极其重要的作用[4]。在中医针灸的起源、形成和发展中也起到了重要的作用，而且“取类比象”的思维方法贯穿于中医学的方方面面，如中医学十二经脉及腧穴的命名、六淫的性质和致病特点、阴阳之象、平人之象、病象（症状）、脉象、舌象、治则治法等，对于中医理论包括针灸理论的研究和应用有着重要的指导意义[4-6]。

2.2 象思维对中医“风”的认识推导　每一个腧穴的命名，皆有丰富的传统文化内涵，孙思邈在《备急千金要方》中提到：“凡诸孔穴，名不徒设，皆有深意”，可见腧穴的名称皆有一定的含义[7-8]。象思维作为中医认知的重要思维方法，可为我们理解腧穴命名的多层次含义，推导穴位的功效主治提供新思路。风池穴核心在于“风”字，中医对风的基本认识为“内风”和“外风”。外风主要是六淫之一，而内风也具有类似外风的特性。风池之风象，法象于风木，具有类似风木的特性，其风性轻扬开泄、善行数变及木之生长、升发、条达、舒畅等特性，可概括为“升、散、透、窜、动”等方面[6]。风之散象，即宣散、发散之象，故能发挥宣散祛邪、发散郁火等功效[6]，治疗感受外风导致的感冒、热病；风之升象，《医学启源》云：“风升生”，即风有上行、升举之象，又具有肝木升发之性，故能升发清阳之气，治疗巅顶头痛，如“高巅之上唯风药可及”[6]；风之窜象，即走窜、行走之象，故能通行经脉，畅达气血津液输布，疏调气机升降出入[6]，治疗眩晕、中风；风之透象，即透达、穿透、开泄之象，故能发挥开泄通络，启闭开窍等，可治疗癫痫、中风；风之透达之象，又可引阳入阴治疗失眠。

2.3 象思维“投射”推导　自然界之太阳光由上至下，由阳至阴投射入大地，孕育万物生长，具有温热、穿透、透达之象，即为“太阳光投射之象”。风池之风象，属阴阳之象中的“阳”，具备“阳”的属性[9]，且风又具有外散、透达之象，故风池穴的功效主治可从“太阳光投射之象”进行推导，从风池穴开始，绕头一圈进行投射，可投射透达上至眼、下至咽喉、前至鼻、侧达耳的范围，故可治疗目赤肿痛、视物不明、鼻塞、鼻衄、鼻渊、耳鸣、咽喉肿痛。穴位功效主治用“自然界太阳光由阳至阴投射之象”进行理解，可发现主要是在阳面穴位具有此功效，如背腰部穴位可以投射透达胸腹部，故背部穴位可以治疗胸腹疾病，而胸腹部穴位一般不治疗背腰部疾病，如天宗穴可经肩胛骨投射透达乳房，经过肩胛骨、肺、乳房，故天宗穴主治肩胛疼痛、气喘、乳痈。

2.4 象思维鉴别延伸推导　列举利用风之象命名的腧穴中与“风池”相近的穴位，此处列举“风门”“风市”“风府”。

从《经络腧穴学》[1]中摘抄出与风相关的穴位可知，风门主要治疗外风之感冒；风市治疗与风相关的遍身瘙痒；风府主要治疗内风之神志及大脑疾病。象思维鉴别延伸推导如下：

《释名》曰：“门，幕障卫也。”《博雅》云：“门，守也。”故可知“门”主要是抵抗外邪的第一层屏障，风邪侵袭人体主要是导致感冒，故“风门”主要治疗外风之感冒。

《说文解字》曰：“市，买卖之所也。”买卖之地常可以容纳各地域来的各种人和物，主要是在市场进行交易，从风的特性，主要是表面上的流动，正如皮肤表面的“遍身瘙痒”特性。

《玉篇》曰：“府，聚也。”古代有主要有私家“府宅”和公家“府衙”，故“府”为专门聚一类人或者一家人之所，其他人一般不允许出入。中医的“脏腑”在《黄帝内经》依然采用“脏府”。故在文化层次上和中医学层次上，“府”皆表明气深聚和专属之意。因此风府穴专治疗风深聚疾病，即内风所致的神志及大脑疾病。

“池”在《中文大辞典》基本意思为：“向前后左右延伸”“穿地畜水，圆者曰池，方者曰塘。”故“池”具有在平面上呈现一定范围的延伸，在垂直上向下延伸，故具有内、外、表和面之势，因此风池穴可以治疗内风、外风、局部、投射之功效。

正如学习中药，清热药黄芩、黄连、黄柏有其共性也有各自药性偏重一样，风门、风市、风池、风府代表的就是风邪的深浅表里部分。风门主治风邪外感疾病；风市主治人体皮肤遍身瘙痒；风池可治疗内风和外风且有部位的延伸；风府主要治疗深聚脑府之疾。

2.5 文化延伸推导　中医“风”属于五行之木，“池”属于水，故风池穴具备“风”与“水”“木”与“水”之关系。自然界中无水之风主要是沙漠之风，无生命气息；无风之水主要是死水，也不具备生命。中国文化讲究“风水”，从朴实字面意思就是应具备“风”与“水”两种阴阳属性的基本物质，二者协调才能达到顺应自然、调和阴阳、生生不息、繁衍昌盛的发展[10-11]。无水之木为枯死之木，不具备生命气息；无木之水则水难以保存在土壤里，难以哺育生命，故天然水池常形成于四周皆为树木深林之地。因此，从文化延伸，风池相合寓喻生命的发展。

3 结　语

中医学的产生、发展与古人对自然和社会认知密切相关，其中从朴素的自然界观察和规律发现，进一步结合阴阳、五行等朴素哲学思维进行推导演绎，并结合临床实践，从而构建了中医思维体系[11]。中医文化是中医的根，中医文化包括思维和价值[12]，其中象思维是中医的逻辑思维之一，中医价值观在于人本、中和、自然的天人合一。初学穴位功效，离开中医文化思维，很难对其记忆及把握穴性。学生尚在学习阶段，所掌握的中医知识和中医文化功底很难支撑其“返本”推导，因此教师基于中医传统文化推导式讲解穴位主治功效显得尤为重要。本文范例综合应用中医基础知识、中医文化和中国文化知识元素，以象思维为核心进行推导演绎教学，使学生可深层次领悟穴位主治功效。同时此思维模式也对文化的学习构建提出了更深的要求。

（下转第141页）

引用:赵楠,贾洪涛,朱峰,翟春梅,张婷婷,杨悦,冯月男.中医药院校医学生临床实践技能及岗位胜任力培养探索[J].中医药导报,2019,25(24):135-138.

中医药院校医学生临床实践技能及岗位胜任力培养探索*

赵 楠[1],贾洪涛[2],朱 峰[1],翟春梅[1],张婷婷[3],杨 悦[2],冯月男[1]

(1.黑龙江中医药大学实验实训中心,黑龙江 哈尔滨 150040;
2.黑龙江中医药大学药学院,黑龙江 哈尔滨 150040;
3.黑龙江中医药大学临床医学院,黑龙江 哈尔滨 150040)

[摘要] 通过对中医药院校临床实践技能课程体系的现状进行归纳和总结,从中医临床实训课程体系结构、中医临床思维培养、中医职业素养教育、实训教材体系缺乏、技能考核方式单一等方面进行深入剖析,针对现存在的教学弊端提出相应的整改对策和方案,从而有效提高中医院校医学生的临床实践能力和岗位胜任力,为社会培养优秀的医学人才寻求有效途径。

[关键词] 中医药院校;临床技能;实训课程;体系建设;岗位胜任力

[中图分类号] R2-4 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2019)24-0135-04

Exploration on the Training of Clinical Practical Skills and Post Competence of Medical Students in Colleges of Chinese Medicine

ZHAO Nan[1], JIA Hong-tao[2], ZHU Feng[1], ZHAI Chun-mei[1], ZHANG Ting-ting[3], YANG Yue[2], FENG Yue-nan[1]

(1.Experimental Training Center, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang 150040, China; 2.College of Pharmacy, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang 150040, China; 3.Clinical Medical College, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang 150040, China)

[Abstract] Through summarizing the current situation of the curriculum system of clinical practice skills in TCM colleges and universities, this paper makes a thorough analysis from the aspects of the curriculum system structure of TCM clinical practice training, the cultivation of TCM clinical thinking, the education of TCM professional quality, the lack of practical training textbook system, and the singleness of assessment methods, and puts forward corresponding rectification countermeasures and schemes in view of the existing teaching drawbacks, so as to effectively improve the current situation. The clinical practice ability and post competence of medical students in hospitals seek effective ways to train excellent medical talents for the society.

[Keywords] colleges of traditional Chinese medicine; clinical skills; training courses; system construction; post competency

近年来随着社会对医师的从业水平要求的不断提高,岗位胜任力的培养已经成为各大高校能力培养以及就业的重要指导方向,在社会各界受到了高度关注。被卫生领域和医学教育领域作为重点内容持续关注,其热度不断升高,成为医学领域的研究热点。中医学是一门实践性较强的学科,掌握临床基本操作技能是高等中医药院校培养医学人才的基本教学内容之一,合理的医学课程体系是培养医学人才和提升医学生专业素质的载体[1]。实践技能的培养是医学教育过

*基金项目:黑龙江省教育教学改革研究项目课题(SJGY20170602),项目名称:基于岗位胜任力的中医药院校实践教学改革研究与实践;中医药高等教育学会临床教育研究会临床教学科学研究课题(2017023),项目名称:基于"能力三核"理论提升中医药院校学生临床实践技能与综合素质的研究

通讯作者:冯月男,E-mail:249995154@qq.com

程中的重要组成部分,而临床教学的质量将决定学生的临床诊疗及操作能力[2]。长期以来,中医学类专业受到传统的教育理念、教学模式、教学方法以及教学条件等原因的限制,大部分中医类院校注重理论教学培养,忽视了临床实践能力和岗位胜任力的培养,因此无法用理论带动实践,造成学生只有理论知识没有实践能力[3]。针对此类教学培养的弊端应做出相应的整改对策,为学生提供更优质的实训课程,从而提高学生的岗位胜任力,为社会培养优秀人才。

1 中医药院校临床实践技能课程体系构建意义

中医药院校临床实践教学的教育目标是培养具有动手能力强且具有独立诊疗能力的技能型、应用型中医学人才。良好的中医临床实践技能教学体系的建立,将决定学生获得怎样的理论知识结构和临床岗位胜任能力,是保障和提高中医药院校教育教学质量的核心[4]。临床实践技能课程体系的建设,可以在一定程度上改变中医药院校学生实践不足的现状[5]。中医药院校应改变以往的传统教学方法,提高学生自主学习能力、动手实践能力、创新能力、协作能力,在临床实训课程方面应努力探索,深化改革,致力于人才培养,形成具有专业特色的临床实践技能教学人才培养模式,从而提高医学生的岗位胜任力,这对提高医学生的临床能力至关重要。

2 现行中医学类专业临床实践技能课程体系下存在的弊端

我国现行的中医学类专业临床实践技能课程体系内容欠完善,且结构较为分散,理论思维模式的培养可达到一定程度,但从实践行动力着手分析,如对学生的思想意识的培养、教学课程体系的内容,以及实训基地的建设,都存在诸多的问题。

2.1 *实训课程体系结构分散* 注重理论知识的培养是我国大多数中医药院校普遍存在的通病,以传授专业基础知识为主要内容,对于职业人文素养和实践技能的系统培养的重要性则略有忽视[6]。良好的职业素养培养直接关乎社会就业后对专职医生职业操守的影响。但大部分医学高校对职业人文素养的培养还处于初级阶段,没有良好地开展与开拓。校园实训教学建设依然存在教学场所、设备、仪器以及模型种类不够完善,直接影响学生实践教学的质量;其次,实训教学课程体系师资力量不足,部分学校教师人手欠缺,既要承担理论课教学又要承担实训课教学,导致课程安排紧密,以至于教师对实训教学的积极性不够高。

在中医药院校的临床实践教学中,条件环境等因素的影响导致无法结合临床情景或临床典型病历,学生无法身临其境,以至于对疾病的判断与诊治抽象化[7]。现阶段大部分中医院校并没有相关的实训专业教材,实训项目与课时分配不合理,实训内容与国家执业医师的要求不相符[8]。在患者的自我保护意识和维权意识日益增强的当下,即便和老师在门诊科室内进行实践练习,但临床独立诊疗操作的实践机会并不会相应增多。大部分带教老师也因此只能将大部分的临床教学仅停留于观看环节[9]。

2.2 *中医临床思维培养不足* 中医药类学科对学生的实践能力要求极高,然而当前,全国中医院校高等教育教学仍面临巨大挑战。部分学生经过5年的学习,仍不能独立进行中医诊疗,许多学生动手能力较弱,临床能力较低,受到患者的质疑和用人单位的诟病[10]。不可否认为了得到更高的考试成绩,学生们将大部分精力放在理论学习,而忽略了临床思维的建设[11]。但是现今社会,医患关系紧张,中医诊疗在国际社会上的认可度逐渐增高的同时,培养学生坚实的中医临床思维至关重要。

2.3 *职业素养教育薄弱* 职业素养为社会活动中需要遵守的行为规范,其包括3方面职业信念、职业知识技能、职业行为习惯。个人对所从事的职业的行业要求和道德规范的理解和自身内化,是从业者的职业道德规范和责任意识[12]。任何生活在社会中的人都不能脱离社会而独立存在,一个人,不管是要生存,还是要实现自身价值,都要投入到某一职业中去[13]。而现行的中医学类专业临床技能实训课程忽视了对学生职业素养的教育,使学生们无法深刻而清晰地认清自己在毕业后所要扮演的角色,所要承担的重大责任。

2.4 *教材缺乏体系,适用性欠佳* 大多数的中医院校所使用的教材不够系统,临床实践技能教材没有固定规范,学生所学习的内容不能与现今社会对中医类人才的要求相适应[14]。根据教育部相关要求,学校减少理论课学时,增加实训课学时,以便学生学以致用。但理论课教材上的内容过于冗长,重点不够突出,学科之间相关性不足,学生对教材理解不到位,难以将各学科之间的知识紧密联系在一起。

2.5 *考核方式单一* 现阶段中医药院校中医类专业大多数学科的考试依旧局限于笔试。学生们为了在考试中取得更好的成绩,得到更高的评价,更重视对书本内容的记忆,而忽视了临床技能的考核[16]。实训课程的考核形式则不够正式,或转化为书面展示形式考试,遂学生对实训课程的重视度降低,以至于动手能力差,岗位胜任能力不过关。考核方式的单一,也在一定程度上决定了学生的努力方向,限制了学生的学习积极性,即设立多方面的考核体制刻不容缓。

3 主要改革对策

3.1 *加强中医药院校医学生职业素养培训* 医学生在校学习后最终都将步入医生岗位,一名优秀的医生除了要具备高超的医术,更要具备良好的医德[17]。因此,结合中医类医学生人才培养目标要求,以提高学生综合素质为目的,加强学生职业道德意识,传承中华民族传统美德,将此思想注入职业素养培养中去,必定能激发学生的使命感,使学生意识到自己肩负的巨大责任,而对于医学专业知识的学习必会更加刻苦,从一定程度上提高专业水平[18]。

而对于如何加强中医类专业学生职业素养,笔者认为可以从以下几个方面入手:(1)要创造良好的外部环境。环境对于一个人有着潜移默化的作用,教育工作者要为学生树立良好的榜样,为培养学生发挥积极作用,为学校建设贡献力量,因此学校重视对教师队伍的精神建设至关重要。(2)要发挥课堂教育传播的优势。对于学生来讲,每日在课堂上所花费的时间最多,课堂教学是学生们获得教育的基本途径。传统文化的弘扬、职业素质的培养以及职业生涯的规划等课程对学生从做人到做事以及职业道德培养等方面发挥着极大的作用。(3)要实践育人,实践教育是能够助力医学生职业素养

提升的有效途径之一,与患者接触是促使医学生感受到使命责任感的最直接方法。

3.2 改善教育教学体系,增加临床实践课程 改革现行管理体制,多层次模块化的实践教学,要整体上优化现有的教育教学体系模式,提高现有课程的教育教学质量,教师要制定更符合学生学习需求和理解能力的教案,规范教学内容,有所侧重,同时要避免课程之间的重复内容。

当然,学生单纯掌握单一的专业知识已经无法满足现代社会的需求[19],所以在教育教学体系方面,要构建以专业基础课程、通识教育课程、技能实践课程、理论专业课程为中心,以选修课程与必修课程相适宜的立体课程体系为框架的体系,设置多元化课程。

同时,要科学区分中医教学与西医教学,合理整合理论教学与实践教学,使学生能够在实训课上充分练习自己在理论课上所学到的知识,并进行融会贯通。有机地将理论与实践相结合,形成知识体系,着重培养中医药院校医学生的中医诊疗思维,将中医文化、中医理念、实践技能操作体系融会贯通,在内容涵盖和结构形式上反映整合化趋势,体现学科课程及内容的系统性和逻辑联系,探索构建充分体现中医药院校办学特色的中医类医学生课程体系[20]。

3.3 优化实训室资源配置与建设 技能实训室的建设在实践技能教学中起着至关重要的作用。实训室的建设与配备为学生的实践技能操作提供了便利的条件,学生可通过仪器模型反复操作,熟练掌握所学操作技能,为临床实践的实习建立良好的桥梁。技能训练室的分配以中医技能为主导,同时结合现代医学的培养也不可忽视。中医技能训练包括望闻问切、经络腧穴的认识、针灸、推拿、拔罐、刮痧、艾灸等中医特色操作并配有相应的模型,西医技能训练主要能够满足模拟检查、视触叩听、穿刺技术、院前院内急救、骨科、五官科、妇科、儿科等西医基本操作。在模拟实训操作的同时,教师要注重学生思维能力的培养,锻炼学生独立处置和接诊的能力,使学生在实践过程中,实践能力和诊疗思维逐步提升,从而综合提高学生的岗位胜任能力。通过先进的仪器设备和模型为学生提供良好的训练环境,提高学生的临床诊疗能力。

此外,要制定完备的实训室相关规章制度。学生要在进入实训室前充分学习,按照实训室规章制度进行实践。建设符合中医院校实际的、科学的实训室规章制度能够保证实训室的安全运行,并能够推进实训室良好效能的实现。

3.4 改革实训教学方法 构建实训课程教学体系是中医药院校实践教学改革和培养优秀创新性人才的核心,实训课程体系的建设不但要体现中医学教育的学科,还要体现学科的规范性、前沿性、创新性[21]。临床实践技能课程体系的建设首先要满足学生们在专业理论课程内所开设学习的实训课程,教学内容应涵盖本科教学标准中医学专业技能的全部内容。其次,要开设满足中医执业医师考试要求类的相关课程,提高学生的诊疗能力。最后,应满足学生在实际诊治过程中所需要的技能或所能遇到的情况。即设置课内实践、专题实践、综合训练和实际实习的实践教学体系。组织高资历教师根据学生的需求编写系统的、具有实用价值、与专业理论课程体系相结合的中医学类专业实训课程教材,内容详尽完善,图文并茂,形成体系,便于学生理解学习。

另外,现今网络的普及,互联网的迅猛发展,WiFi的全面覆盖,学生可熟练使用电子产品[22]。因此,我们可以推进网络平台教学进程。教师将实践操作和教学内容上传至网络平台,学生可以结合自身的学习需求,随时随地下载自己所需学习的视频课程,反复观看研究,回忆教学内容和实际操作方法,加深记忆。“碎片化”处理教学内容,可以充分调动学生的学习积极性,让学生高效的掌握知识点。

3.5 完善实训考核机制 检验学生的实训技能掌握程度,可以在一定程度上促进学生的学习热情和专注程度[23]。因此,临床技能考试是临床实践技能课程体系必不可少的重要环节。可通过建立多站式考核方法,进行笔试和模拟实践考试,对学生的掌握熟练程度进行考核。可分为以下几个模块:(1)以笔试形式考核学生对知识点的掌握程度;(2)通过模拟仪器和设备实现情景模式学生技能操作考核,提高学生的动手能力,夯实操作基础;(3)通过标准化病人考核提升学生在接诊过程中的问诊、查体、初步诊断和制定治疗方案等综合诊疗能力。经过多站式考核,全面的督促学生将自己所学到的知识学以致用,让学生深切感受到自己所学的每一项知识和技能都是为了日后更好地为他人服务。凡所学,健康所系,除人类之病痛,助健康之完美。

3.6 建立有效的实训课程体系评价机制 为保障实训课程体系的改革效果,保证体系完整性,教师授课的积极性与热情度也是保证教学质量的重要因素之一,因此保证教学水平,制定并实施有效的实训课程体系评价机制是简单有效的必要手段[24]。评价机制是对实训课程的保障,要做到严格且人性化[25]。在教师教学前,要充分对其进行试讲等一系列考察;教学过程中,督导要做到不定时深入课堂听课,为教师指出教学问题,提出有效合理建议;教学完成后,学生要对教师进行评价,力求做到公平合理评价。教师应听取合理建议,意识到自身存在的不足,进行反思和改进。在这一过程中,教师可以逐步提升实训课程教学水平,是一个与学生互利的过程。

4 小 结

中医药院校临床实践技能的培养是中医学类专业学生提高自我岗位胜任力,从基础理论学习到临床实践能力学习的纽带。中医药院校秉着为患者负责,为社会提供优质的医学人员的原则,应当加大教育力度,鼓励教学创新,开展临床技能教学改革实践,整体优化资源以保证实训教学质量,提倡学生自我教育与自我提升,优化职业生涯规划,夯实基础,理论实践紧密结合,提高综合素质与能力,培养优秀的中医药人才,更好地服务于医疗卫生事业。

参考文献

[1] 张大伟,常征辉,李建生.中医学类专业临床技能实训课程体系建设及教学改革实践[J].中医杂志,2017,58(2):179-180.

[2] 刘春香.创新人才培养视角下的临床技能实训教学改革的探索与思考[J].卫生职业教育,2018,36(24):67-69.

[3] 都鹏超,董孟华,刘鲁英,等."互联网+"临床医学教改班形态学实验课教学改革的实践[J].继续医学教育,2017,31(11):11-12.
[4] 杨宇峰,杨晓阳,徐娜.高等中医药院校临床技能教学体系的构建与优化[J].中国医药指南,2015,13(27):278-279.
[5] 徐娜,杨宇峰,张丽娜.中医院校临床技能中心建设实践与探索[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(3):140-142.
[6] 李朝品,余结根,陈斌,等.医学生临床技能教学模式改革与实践探讨[J].基础医学教育,2013,15(5):517-519.
[7] 徐小平.临床技能教学及评估的现状与对策[J].南方医学教育,2007,28(4):26-27.
[8] 田岳凤,张俊龙,李玮,等.高等中医教育课程体系改革与内涵建设的探索[J].中医杂志,2013,54(20):1798-1800.
[9] 张伯礼,于越,周桂桐.中医药高等教育教学改革思路探讨教育研究[J].天津中医药大学学报,2008,27(2):87-88.
[10] 于瑞,朱明军,李彬.中医临床思维模式的建立及能力培养[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(3):13-14.
[11] 仝小林,郑玉娇,刘文科,等.浅谈现代中医思维模式及其临床应用[J].中医杂志,2017,58(13):1104-1107.
[12] 杨宇峰,张世超.中医院校临床技能中心实训教学体系改革的研究与实践[J].中医药导报,2017,23(6):41-42.
[13] 胡廷柱.教材建设在高校教育教学中的重要性[J].中小企业管理与科技,2015(7):203-204.
[14] 马铁明,尚冰,丛培玮,等.中医药高等院校教育教学改革思考[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(8):9-10.
[15] 卞尧尧,杨丽丽,严姝霞,等."慕课"对中医教育的影响和展望[J].中医药导报,2015,21(24):114-117.
[16] 方玉婷.中国全科医学教育、培训及其发展和挑战[J].中国全科医学,2016,19(1):78-81.
[17] 赵阳,杨泽礼.重视发展医学模拟教学提高临床教学质量[J].现代医院管理,2006,4(2):28-30.
[18] 吴义春,郭玉红,刘清泉.关于中医临床教学的几点思考[J].中医杂志,2015,56(3):266-268.
[19] 孙筱雅,范耿.中国医学高等教育教学改革探索[J].中国卫生事业管理,2014,30(5):330-332.
[20] 张丽娜,李垠含,李乡南.加强中医院校儿科临床技能实训的思考[J].中国中西医结合儿科学,2015,7(5):522-523.
[21] 李湘君,阎青,李定梅,等.临床技能实训中心的建设思路和实验教学改革探索[J].中医药导报,2009,15(8):100-101.
[22] 黄敏.基于"5+3"一体化模式的中西医结合临床教学改革的探索[J].经济师,2018(8):100-101.
[23] 崔晓萍,梁晓雅."四位一体""3+2"后期临床教学模式改革与实践[J].陕西中医药大学学报,2017,40(6):46.
[24] 金世凯.医学生临床技能培训的实践与探讨[J].中国卫生产业,2017,14(27):39-40.
[25] 舒静,沈雁,沈宇弘,等.临床技能模块化实训教学体系建设体会[J].中国高等医学教育,2015(5):80-81.

(收稿日期:2019-03-30 编辑:刘颖)

(上接第132页)功善滋阴降火,清热凉血,亦能解毒散结,以上五药配伍,专入肝肾二经,合用加强滋肾养阴、清泻相火之力,抓住性早熟患儿肝肾阴虚之基本病机。夏枯草有清热泻火、散结消肿之功,主入肝胆经,有清泻肝火、消散乳房硬结之功效;赤芍、白芍合用,赤芍清热活血止痛,白芍柔肝阴,兼顾肝体阴的特性;生麦芽亦入肝经,有疏肝解郁之效,与夏枯草合用行气散结,恢复肝气条达之机,使亢旺之相火有所出路,以上五药兼顾肝脾两经,有疏肝柔肝、健脾养阴之功,此外柴胡疏肝,海藻化痰散结。全方共奏滋阴降火、疏肝健脾、清热散结之功,配伍考究,全方药性平和清灵,适于儿童使用[9]。因本病治疗疗程较长,加上中药的口感较差,患儿长期服用依从性较差,在性发育征象控制时往往有减量的过程。

5 结 语

性早熟已经成为小儿内分泌疾病研究的热点,尽管现代医学对其病因与发病机制的认识越来越深入,然而本病的治疗方法却单一,多采用促性腺激素释放激素类似物(GnRHa)治疗,抑制下丘脑-垂体-性腺(HPG)轴,控制骨龄的快速进展从而延缓骨骺过早闭合。然而考虑到经济因素和患儿的接受度, 仍有许多患儿因各种原因无法接受GnRHa的长程治疗。中医药在本病的治疗中发挥越来越重要的作用,从理论基础到临床实践均具有丰富的内涵,中医学强调根据体质特点进行个性化诊治,叶进从脏腑辨证角度辨治儿童性早熟有着系统的理论基础和丰富的实践经验,临床疗效显著。

参考文献

[1] 林甦,杨文庆,俞建.中医儿科临床诊疗指南·性早熟(修订)[J].中医儿科杂志,2016,12(3):1-5.
[2] 王慧如,王维广,刘哲,等.中医诊断学辨证体系中脏腑辨证变迁的思考[J].中医杂志,2017,58(24):2071-2075.
[3] 任北大,张保春.不同时期脏腑辨证理论内涵差异初探[J].世界中医药,2017,12(2):277-280.
[4] 谷建军,庄乾竹.中医脏腑辨证的形成与发展源流[J].世界中西医结合杂志,2011,6(5):372-374.
[5] 刘晓芳,叶进.叶进辨治儿童性早熟经验[J].山东中医杂志,2016,35(10):892-893.
[6] 汪受传.中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社,2014:17.
[7] 江育仁.脾健不在补贵在运[J].上海中医药杂志,2002,36(1):4-7.
[8] 叶进,吴艳明,郝海燕.化痰泻火法治疗女童特发性性早熟30例临床研究[J].江苏中医药,2009,41(4):26-28.
[9] 汤瑶瑶,叶进.叶进从肝论治女童性早熟经验[J].浙江中医药大学学报,2017,41(9):765-767.

(收稿日期:2018-11-09 编辑:罗英姣)

引用:李媛媛,胡亮亮,赵倩倩,王忆勤,郭睿,燕海霞.中医问诊方法和技巧[J].中医药导报,2019,25(24):139-141.

中医问诊方法和技巧*

李媛媛,胡亮亮,赵倩倩,王忆勤,郭　睿,燕海霞
(上海中医药大学基础医学院上海市健康辨识与评估重点实验室,上海　201203)

[摘要]　掌握好中医问诊方法与沟通技巧,一方面可以提高问诊的效率,获取全面、准确的资料,另一方面可更好地进行临床问诊与沟通,促进医患关系和谐。问诊时需要注意抓住主诉,全面询问;边问边辨,问辨结合;鉴别诊断,避免误诊。问诊技巧包括与患者感同身受,口语-术语之间的应用转换和恰当利用非言语行为。

[关键词]　中医问诊;医患沟通;主诉;辨证;鉴别诊断;口语;术语;非言语
[中图分类号]　R2-4　[文献标识码]　A　[文章编号]　1672-951X(2019)24-0139-03

Research on TCM Consultation Methods and Techniques

LI Yuan-yuan, HU Liang-liang, ZHAO Qian-qian, WANG Yi-qin, GUO Rui, YAN Hai-xia
(Shanghai Key Laboratory of Health Identification and Assessment, Basic Medical College, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

[Abstract]　Methods and communication skills of inquiry in TCM can improve the efficiency of consultation, obtaining comprehensive and accurate information on the one hand, and achieve a better clinical consultation and communication so as to promote a harmonious relationship between doctors and patients on the other. When inquiring, you need to pay attention to the main complaint, making a comprehensive inquiry on it; differentiate the syndrome while inquiring, combining inquiry and discrimination together; and identify diagnosis results to avoid misdiagnosis. Inquiry skills include empathizing with the patients, making conversion of spoken-to-terms, and using proper nonverbal behavior.

[Keywords]　TCM consultation; doctor-patient communication; main complaint; syndrome identification; differential diagnosis; colloquialism; terminology; nonverbal

问诊是中医诊察疾病最主要的诊法之一,被称为“诊病之要领,临证之首务”,是医生必须掌握的基本技能,也是医患沟通的桥梁。问诊通常作为四诊诊法中的先导,对其他三诊的检查具有指导意义。在询问收集患者病情资料的同时,还可以达到心理治疗与健康教育的目的。问诊水平的高低与知识的掌握和运用、问诊的方法与技巧及临床实践的多少等多因素有关。因此,若想提高问诊的效率,获取全面、准确的资料,掌握好问诊的方法与沟通技巧就显得尤为重要。《难经·六十一难》中说:“问而知之谓之工”,这个“工”字,在《说文解字》中指巧饰、技巧的意思。医生对疾病症状的询问是在一定语境中进行的,问诊效果受问诊语言技巧的影响[1]。掌握好问诊方法,恰当地运用一些问诊技巧,有时胜过药物。

1　问诊的方法

问诊主要是在疾病体征缺乏或不明显时,发现可供诊断的病情资料,或可供进一步检查的线索,是有目的的了解疾病动态变化及与疾病相关的其他情况,从而为医生综合分析、合理治疗等提供可靠的依据。问诊的最终目的是为了准确的辨证,所以指导问诊的方法也具有一定的目的性。那么,问诊需要注意以下方法。

1.1　抓住主诉,全面询问　中医学认为,人体是一个有机整体,构成人体的脏腑、形体、官窍等各个组成部分,通过经络的沟通联络,构成以五脏为中心的五个生理病理系统。所以,医生的问诊在抓主症的同时,又要兼顾次症。首先要认真、耐心倾听患者的叙述,抓住主诉,然后围绕主诉进行有目的、全面、细致的询问。例如,在了解到患者说最痛苦的症状是“胸口痛”时,应进一步询问其疼痛发作的诱因或加重因素、部位、性质、时间、频率、疼痛程度、诊治经过等。与此同时,还要兼顾到患者的伴随症状,如饮食、睡眠、大小便等全身情况,这些都可以为准确的辨证提供依据。另外,有些症状如妇女的月经带下、精神情绪、工作压力、人际关系,或生活习惯如

*基金项目:上海市科学技术委员会科研计划项目(13DZ2261000)
通讯作者:燕海霞,E-mail:hjy2012ok@163.com

抽烟饮酒、嗜食辛辣等,患者可能未作为痛苦和不适主动表达出来,但这些情况对于从整体把握病情及正确诊断有很大帮助,因而也应加以询问[2]。因为,中医学认为,人与社会环境是统一的,相互联系的,特别是处于现在这个信息大爆炸的时代,人与人之间的信息交换,影响着人体的各种生理、病理变化和心理活动。所以,政治、经济、文化、婚姻、人际关系等社会因素,是中医问诊需要考虑的因素,也是中医整体观念中必不可少的组成部分。石强[3]以"咳嗽"一症为例,提出应在复核主症的基础上,不但要问清症状之演变,症状之新久,咳嗽的时间、严重程度、缓解与加重因素,还应结合闻诊分析咳嗽的声音,除此之外,对于与肺系相关的伴随症状及其他伴随症状亦应作详细的问诊。为了使问诊更加的全面,针对问诊的方法与技巧,有研究提出了针对内科病史的结构化问诊,即将需要的问诊的内容划分为若干结构,每个结构内细分为若干要素,然后按结构要素内容进行问诊,能显著提高问诊的完成时间、病历完整型及正确性[4]。

1.2 边问边辨,问辨结合 辨证论治是中医理论体系最主要的特点之一,问诊的内容和过程,实际上也体现了医生的辨证思维过程。因此,医生在问诊过程中,要注重对患者叙述的症状进行分析,特别是此次就诊的最主要的症状或体征,结合应用其他望、闻、切三诊信息和现代医学检查,追踪新的线索,做到边问边辨,问辨结合,减少问诊的盲目性[5]。例如,患者最痛苦的症状为"头痛",应根据询问的诱因或加重因素(安静时或者夜间无明显诱因而发、活动、情志不遂、饮酒饱食、遇阴雨天、天气骤冷或骤感风寒)、部位(巅顶、两侧、额头、后枕部)、性质(刺痛、胀痛、隐痛、闷痛、空痛)、发病时间(持续性、阵发性)及其他伴随症状,分辨其涉及的脏腑及性质的寒热虚实。因为,发病部位不同,引经药物不同;性质不同,疾病的病机不同;时间与频率不同,疾病的虚实不同。所以,在问诊的同时,与辨证相结合,边问边辨,以便作出准确的诊断。有研究在《中医诊断学》问诊实验教学中,把现病史的采集训练采用为常见症状的问诊,模拟问诊,边问边辨的方法,让学生切身体会运用中医问诊的特色内容,如问寒热、问疼痛性质、是否喜按、问汗等等,来辨别疾病的寒热虚实,能使学生更加熟练的掌握中医问诊的内容及方法[6]。

1.3 鉴别诊断,避免误诊 一个症状可以有多种病因病机属性,这就决定了我们在分析某一症状的属性时,必须运用鉴别诊断的方法。这是正确辨证论治的关键步骤,是疾病与证候诊断的重要环节之一。问诊的过程,其实也是鉴别诊断的过程。石强[3]提出在问诊时应将诊断与鉴别诊断交织进行,以免误诊。例如"口渴"一症,其产生机理就有阴虚、实热、暑热伤津、燥伤阴津、水聚津液的不同。口渴的各种异常现象与疾病的病因病机密切相关。所以要根据具体时间段的疾病性质,问清患者当时口渴的相关症状,来分析口渴的原因,从而做出正确的诊断。李清等[7]依据"症状鉴别诊断"和"证候鉴别诊断"对外感发热类疾病进行问诊研究,将问诊程序分为两步。第一步,患者本人或陪同家属详细诉说患者病情。第二步,医生先围绕主诉进行相应鉴别,然后再整体问诊,不但内容详尽,而且设定前后顺序,使之成为一套问诊程序,可以大大避免医生漏诊误诊。

2 问诊的技巧

有技巧的问诊犹如设计科学的桥梁,能保证医患之间的沟通顺畅。医患之间的有效沟通,不但能全面准确获取患者的资料,提高医生的临床技能,而且有助于提高患者的满意度和对治疗的依从性。要做到这种有效的沟通,不仅以坚实的中医专业知识和丰富实践经验为前提,还与问诊者本身的修养及以下问诊技巧有关。

2.1 与患者感同身受 美国医生特鲁多曾说过:"有时去治愈,常常去帮助,总是去安慰。"医生可以把医学仪器的检查报告作为诊断和制定治疗方案的依据,但不能对患者的身心问题视而不见。在问诊中建立一种自由、真诚、平等的融洽氛围,不仅能让就诊者放松心态,使其无保留、无顾忌地叙述病情,且收集的病史可靠准确。融洽氛围的建立,医生不仅要体察、理解患者的疾苦,而且要耐心听取患者描述自己的身体症状和内心的痛苦,使患者感到亲切,愿意主动陈述病情。王静等[8]开展了全科医学RICE问诊模式的研究,即Reason(原因)、Idea(想法)、Concern(担心)、Expectation(期望),改变了以往的问诊模式,不仅关注疾病本身,而且通过患者的自由表达,医生可全面了解患者身心出现的不适体验以及倾听患者的需求,提出针对性的心理关怀和治疗策略。黄朝宗[9]通过创新性问诊方法与哲学思维、语言形体艺术、人文社会科学、中医文化核心价值观、三好一满意、积极心理学紧密结合,加强医患之间语言的沟通交流,能够明显提高病员满意度。

另外,在问诊中避免不了要询问患者的姓名、联系电话、住址、所患疾病、症状、诊疗经过等信息,特别对于传染性疾病、恶性肿瘤、隐私部位、身体有残缺的患者。所以,在问诊时要选择独立空间或隔离的环境,一方面能保护患者的隐私,另一方面医生能够集中精神询问病情,患者也能向医生倾诉其病情本末。有些医生在问诊或者讨论病情时,并不在意周围有没有人或是想着要避开的人。这样患者在诉说病情时就有所顾虑,不利于病情资料的全面收集。要想患者所想,与患者感同身受,这样才有利于问诊的更好展开。

2.2 口语-术语之间的应用转换 口语-术语之间的转换是否准确与规范,是能否实现有效沟通、准确获得患者病情资料的重要保障。由于长期从事临床工作,许多医学专用名词都成为医生的口头语,如询问患者是否有"心悸",患者很可能会理解成"心急""心机"。所以在问诊时,积极运用专业知识了解患者病情的同时,又要注意患者的感受和心理状态的变化,发现患者在理解上出现问题时,要马上解释。使用简单明了,患者易于理解与接受的口语化语言,力求患者能够准确的回答,也要充分明白患者所想要表达的意思,并进行核实。经确认后,用规范的专业术语,准确记录下来,为进一步的检查辨证、辨病、鉴别诊断提供相关资料和依据。胡广芹等[10]提出规范中医问诊症状医患会话用语,将问诊医学术语转化为通俗易懂的日常用语,借助书面量表条目形式,和以普通话口头语言为交流工具的方法,使医患之间获得正确理解中医问诊症状的语意,使中医问诊症状传载信息的效能得到进一步提升,有效提高医患沟通的效率。

2.3 恰当利用非言语行为 非言语沟通是通过人体语言，包括躯体动作、面部表情、语气强调、仪表服饰及空间距离等，进行信息交流的沟通方式。人与人之间避免沟通是不可能的，即使个人沉默不语或者静止不动，都在表达一些信息。有心理学家指出，一般信息传递的总效果，7%取决于言语内容，38%取决于语调语速，55%取决于表情动作[11]。而且，当非言语行为与声音信号不同时，人们更愿意相信非言语行为所传递的信息，可见非言语沟通的重要性。

（1）医生的非言语信息。希波克拉底就曾强调医生着装要整洁、得体。优雅得体的举止和规范的行为能够展现自身的修养和智慧，帮助自己赢得患者的尊敬信任，并给沟通营造良好的氛围。胡广芹[12]通过采集中医专家与患者问诊过程中医患交流的信息，归纳影响问诊效果的非言语因素共性规律，得出问诊是在一定语境中进行的，影响问诊效果的非言语因素主要包括礼仪、坐姿、目光、心态、倾听、医患距离等。医生恰当的使用这些非言语行为，起到调节信息的作用，能使患者在问诊的过程中对医生产生信赖和好感。

（2）患者的非言语表达。中医在诊断疾病时，当患者进入病室时的那一刻起，患者的神色、形态及肢体动态都可以为医生的诊断提供依据，包括他们讲话的语调、面部表情、姿势以及他们的动作。在与患者交流的过程中，要留心观察患者口头上的或视觉上的线索，即患者所说的以及他们没有说出来的。例如，伴有焦虑的患者多眉头紧锁、一副痛苦纠结状面容，伴有抑郁的患者多情绪低落、垂目低眉、行动稍迟缓等。这些线索都是患者隐蔽的或不太隐蔽的思维程序的标识。识别它，并且在倾听的同时，医者要适当的给予言语和非言语形式的反馈，会提高医生的诊疗效果。

3 结 语

古人云："一言可以兴邦，一言可以丧国。"医生的言语在问诊中发挥着重要的作用。由于各种检查仪器的大量使用，医生对于疾病的诊断往往依赖于各种检查仪器，导致医生与患者之间的交流与沟通减少。医务人员应结合中医文化核心价值观、丰富人文社会科学知识、提高言语形体艺术、增强言语能力等，在保证医术的同时，也应发扬医学的人文精神。恰当地使用一些方法和技巧，努力提高自己的人文素养，为在临床第一线建构和谐的医患关系作出自己的努力。

参考文献

[1] 胡广芹.中医问诊语言技巧的临床研究[J].中华中医药杂志，2015，30(3)：949-951.
[2] 李峰，李雁.中医诊断林床技能实训[M].北京：人民卫生出版社，2013：41.
[3] 石强."问所当问"：中医临床问诊的思路[J].江西中医药，2018，49(6)：9-11.
[4] 刘永辉.结构化问诊技巧在内科临床实习教学中的应用研究[J].广西中医药大学学报，2014，17(3)：104-105.
[5] 王忆勤.中医诊断学[M].北京：高等教育出版社，2012：49.
[6] 马艳君.《中医诊断学》问诊实验教学初探[J].甘肃中医，2008，21(12)：52-53.
[7] 李清，赵敏.基于症状鉴别诊断和证候鉴别诊断的外感发热类疾病问诊研究[J].临床医药文献电子杂志，2016，3(38)：7626-7627.
[8] 王静，王敏.全科医学RICE问诊病案研究：胃痛/焦虑[J].中国全科医学，2018，21(5)：563-565.
[9] 黄朝宗.中医创新性问诊方法与医患沟通对提高病员满意度的临床研究[J].内蒙古中医药，2014，33(30)：140-141.
[10] 胡广芹，张启明，王义国.规范中医问诊症状医患会话用语在临床评价中的价值管窥[J].世界中西医结合杂志，2013，8(1)：76-78，93.
[11] 杨秉辉.医患关系与医患沟通技巧[M].上海：上海科学普及出版社，2011：32.
[12] 胡广芹.非语言因素对中医问诊效果的影响[J].中医杂志，2016，57(2)：154-156.

（收稿日期：2018-12-17 编辑：刘国华）

（上接第134页）参考文献

[1] 沈雪勇.经络腧穴学[M].北京：中国中医药出版社，2006：188.
[2] 毕思玲，张宇忠.论象思维在中医学中的应用[J].北京中医药大学学报，2016，39(4)：277-280.
[3] 王永炎，张启明.象思维与中医辨证的相关性[J].自然杂志，2011，33(3)：133-136.
[4] 王振春，罗再琼，罗欣雨，等.从象思维的视角认识风药及其性能[J].时珍国医国药，2016，27(5)：1166-1167.
[5] 丁宝刚.基于象思维的吴鞠通学术思想研究[D].北京：北京中医药大学，2012.
[6] 曹大明，路玫.从"象思维"浅谈对中医针灸理论的再认识[J].中国针灸，2013，33(1)：75-78.
[7] 王民集.经络腧穴学[M].郑州：河南科学技术出版社，2013：29.
[8] 刘家豪，王晗笑，卜凡微，等.浅析取象思维在腧穴命名中的应用[J].光明中医，2018，33(15)：2144-2146.
[9] 张娜，郭霞珍.浅淡象思维在中医临床中的应用[J].环球中医药，2016，9(6)：753-755.
[10] 位俊达.由《周易》谈中国古代风水理论的哲学内涵[J].许昌学院学报，2015，34(3)：117-121.
[11] 刘斌.园林造景与中国传统风水[J].林业勘察设计，2008(2)：43-47.
[12] 寿建新.中医体系构建特点及发展[J].西安文理学院学报（自然科学版），2012，25(1)：62-65.

（收稿日期：2018-12-23 编辑：罗英姣）

——MAIN CONTENTS——

Analysis on "New-Suffering Diseases Staying at the Collaterals " and "Chronic Diseases Going into the Collaterals" …… *MA Yu-jie, LI Yu-jie, HUANG Yong*(7)

Correlation Study on Histopathologic Types and Traditional Chinese Medicine Syndromes in Primary Lung Cancer …… *DU Xiu-ting, LIU Peng, LIU Bai, LIN Hai-xiong, LI Liu-ning*(18)

Effect of Origin Collateral Acupoint Matching Method Combined with Simo Decoction (四磨汤) on Functional Dyspepsia …… *LIANG Fei, DENG Bin, CHEN Ya-wen*(31)

Clinical Study on Scalp Acupuncture Combined with Hyperbaric Oxygen for Cognition Disorders after Stroke …… *YANG Lin, TAN Jie, CHEN Li-zao*(36)

Treatment of 30 Cases of Stage Ⅰ Diabetic Lower Extremity Atherosclerosis by Foot Bath with Tangbi Waixi Decoction (糖痹外洗方) …… *LIN Yu-ping, FAN Guan-jie*(45)

Clinical Effect of Acupoint Application of Xiaobi Formula (消痹方) on Diabetic Peripheral Neuropathy and Its Influence on Neuroelectrophysiology …… *QI Hui-juan, WANG Jiu-ying, FENG Ji-ming, YANG Li-ming, ZHAO Bei-jun, XU Mei-hua*(48)

Clinical Observation of Modified Xiaoqinglong Decoction (加味小青龙汤) in the Treatment of Asthmatic Pneumonia …… *DENG Ling-hua, SHU Lan, ZENG Cai-xiu, YI Xi-liang*(51)

Study on the Distribution Characteristics of Cough Attack Time and Course in Children with Mycoplasma Pneumoniae Infection and Its Correlation with TCM Syndrome Types …… *LI Xue-bing, XUN Chun-zheng*(57)

Analysis on Composition Principles of Prescriptions for Chronic Atrophic Gastritis in Lingnan Area …… *HUANG Yuan-cheng, PAN Jing-lin, ZHU Chao-yang, LIN Yu-xiang, LIANG Huai-feng, LI Pei-wu, LIU Feng-bin*(59)

A Study on the Current Situation of the Spread of Traditional Chinese Medicine Culture in *Today's Headlines* under the "5W Model" …… *ZHAO Li, LUO Wen-xuan, ZHAO Yu-yang, FAN Yi-xuan, TAN Wei*(74)

A Survey on the Spread of Traditional Chinese Medicine Culture through Animation …… *WANG Tie-jian*(77)

Literature Research on Folk Medicine for Type 2 Diabetes …… *WANG Shi-heng, GUO Hai-yan, DONG Zhen, DANG Ying-ying, LIU Jian-feng, QIN Pei-jie*(82)

Application Progress of Traditional Chinese Medicine Appropriate Techniques Based on the Concept of Enhanced Recovery after Surgery in the Perioperative Period of Orthopedics …… *TAN Xiao-hong, TANG Xiao-wen, MEI Hua, MENG Xiao-yun, CUI Yi*(87)

Application of Antler in Acute Mastitis …… *SONG Bo-yang, WANG Cong, YAO Chang*(91)

Research Progress in Chemical Constituents and Pharmacological Action of Gentianella Acuta …… *LI Ji, ZHANG Wen-zhao, TIAN Hong-zhao, ZUO Jun, HU Xiao-yang*(98)

Visualization Analysis on Research Literature of Traditional Chinese Medicine Nursing in Orthopaedics …… *CHENG Xing-yun*(102)

Initial Exploration of Fengchi(GB20) Based on the Derivation of Traditional Chinese Medicine Culture …… *GUAN Hao, GUO Tai-pin*(133)

Exploration on the Training of Clinical Practical Skills and Post Competence of Medical Students in Colleges of Chinese Medicine …… *ZHAO Nan, JIA Hong-tao, ZHU Feng, ZHAI Chun-mei, ZHANG Ting-ting, YANG Yue, FENG Yue-nan*(135)

Research on TCM Consultation Methods and Techniques …… *LI Yuan-yuan, HU Liang-liang, ZHAO Qian-qian, WANG Yi-qin, GUO Rui, YAN Hai-xia*(139)